

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
do serviço de urgência à unidade de cuidados intensivos
coronários**

Élia Maria Figueira dos Reis

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de São José de Cluny
para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal

2017

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
do serviço de urgência à unidade de cuidados intensivos
coronários**

Élia Maria Figueira dos Reis

Orientadora: Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de São José de Cluny
para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

Funchal

2017

Quando penso no que fiz, no que aprendi, como fiz e como cheguei ao que fiz e aprendi, sendo capaz de explicar, então verdadeiramente aprendi.

Lima, 2011, p. 60

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, a pessoa mais importante da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt pela disponibilidade, orientação e incentivo.

Aos enfermeiros e a todos os outros profissionais que me acolheram na UCICT, UTIC, SH, Cardiologia e BO, por facilitarem e tornarem agradável a minha aprendizagem.

Aos amigos, familiares e colegas pelo ânimo.

À Carolina e à Silvia por serem as companheiras desta jornada e as amigas da vida.

Aos meus pais, ao meu filho, à minha irmã e ao meu cunhado por tanto.

Ao Zé pelo alento, carinho e apoio incondicional.

RESUMO

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exige da parte dos profissionais a capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades do doente e da sua família. Foi esta a premissa sedutora do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que culminou em três unidades curriculares de estágio nomeadamente Urgência – Creditado por experiência profissional pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Cuidados Intensivos – realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorrespiratórios e Opção – realizado na Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários, todos os serviços no Hospital Dr. Nélio Mendoça.

Pretende-se com este trabalho evidenciar o ganho de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, simultaneamente ao ganho de competências inerentes ao Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A descrição das ações desenvolvidas de forma autónoma e em complementaridade com equipas distintas ao longo dos estágios foi realizada através de uma análise crítica e reflexiva tendo por base pesquisa bibliográfica e em paralelismo com as Competências Comuns, Específicas e as de 2º ciclo de formação acima enunciadas.

Conseguiu-se assim documentar o ganho de competências pretendido nomeadamente nas áreas de prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica dando ênfase ao doente com coronariopatia, na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O curso na sua globalidade e com destaque as práticas em diferentes contextos da prestação de cuidados proporcionou o desenvolvimento pessoal e profissional. Motivou o crescimento da necessidade intrínseca de procura do conhecimento científico no qual basear a prática e ofereceu a capacidade de aperfeiçoar o pensamento crítico e a mobilização dos conhecimentos. Proporcionou assim a oportunidade de aprimorar a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica e à sua família, de uma forma holística e promovendo a transição para uma situação mais favorável.

Palavras-chave: Competências; cuidados de enfermagem; doente crítico; coronariopatia.

ABSTRAT

The provision of nursing care to the person in critical situation requires the ability to mobilize multiple skills and answer in a timely and general manner to the needs of the patient and his or her family. This was the seductive initial fact of the Master Course in Medical-Surgical Nursing that culminated in three curricular units of internship namely Urgency – credited professional experience by the Technical-Scientific Council of the Nursing S. José de Cluny, Intensive Care - performed at the Care Unit Intensive Cardiothoracic and Option - performed at the Intensive Care Unit Coronaries, all services at Dr. Nélio Mendoça Hospital.

With this work we intend to highlight the benefit of Common Competence Nurse Specialist and Skilled Nursing Specialist Medical-Surgical in the strand of the Person in Critical Situation, to obtain the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing.

The exhibition of the actions developed autonomously and in complementarily with different teams throughout the stages was carried out through a critical analysis and based on bibliographical research and in parallel with the common and specific competencies described above.

It was thus possible to document the obtained in the areas of specialized nursing care for the person to be experienced deep knowledge of diseases and / or organic failure processes emphasizing the patient with coronary heart disease, in responding to catastrophic or multi and maximizing intervention in the prevention and control of person in critical situation and / or organic bankruptcy.

The course in its entirety and highlighting the practices in different contexts of providing care provided personal and professional development. Motivated the growth of the intrinsic need for the search for scientific knowledge in which and offered the ability to perfect critical thinking and mobilization of knowledge. It provided an opportunity to provision of quality care to the person in critical situation and to his family, a holistic way and promoting the transition to a more favorable situation.

Key words: Competencies; nursing care; critical patient; coronary artery disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- BO** – Bloco Operatório
- CEC** – Circulação Extra Corpórea
- CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CVP** – Cateter Venoso Periférico
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio
- ECG** – Eletrocardiograma
- EMIR** – Equipa Médica de Intervenção Rápida
- HNM** – Hospital Dr. Nélio Mendonça
- MNM** – Marcadores de Necrose do Miocárdio
- MRSA** – *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina
- PCR** - Paragem Cardiorrespiratória
- RAM** – Região Autónoma da Madeira
- SCE** – Sala de Cuidados Especiais
- SE** – Sala de Emergência
- SESARAM** – Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira
- SH** – Serviço de Hemodinâmica
- SO** – Salas de Observação
- SU** – Serviço de Urgência
- PA** – Pressão Arterial
- TAC** – Tomografia Axial Computorizada
- TOT** – Tubo Orotraqueal
- UAVC** - Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
- UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos
- UCICT** – Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos
- UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
- UTIC** - Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários
- VVC** – Via Verde Coronária

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1. CUIDAR ESPECIALIZADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA | 19 |
| 1.1. A ciência e arte do cuidar | 19 |
| 1.2. A pessoa em situação crítica | 22 |
| 1.3 Competências Específicas do Cuidar da Pessoa em Situação Crítica..... | 22 |
| 2. DESENVOLVER COMPETÊNCIAS: DESDE O SERVIÇO DE URGÊNCIA ATÉ À UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS..... | 29 |
| 2.1 – Estágio I – Serviço de Urgência. | 29 |
| 2.2 Estágio II – Cuidados Intensivos. Unidade de Cuidados Intensivos Cárdio-torácicos (UCICT) | 42 |
| 2.3 Estágio III – Opção. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UTIC)..... | 59 |
| 3. CONCLUSÃO..... | 79 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 83 |

INDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Competências para o Profissional..... | 24 |
|--|----|

INTRODUÇÃO

A evolução científica e tecnológica aplicada aos cuidados de saúde facultava novas hipóteses de tratamento e a intervenção em situações de grande instabilidade orgânica mesmo quando o risco de vida é iminente. Se a isto aliarmos o aumento da esperança de vida e o descuido com a prevenção da doença, a exposição a fatores externos adversos como as alterações climáticas e os ataques terroristas, a perda de valores espirituais e a banalização da violência, compreende-se a relevância da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Este facto requer da parte dos profissionais a capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder, em tempo útil e de forma holística às necessidades do doente e da sua família.

A especialização em Enfermagem é assim uma exigência natural para o desenvolvimento das competências adquiridas no curso de formação básica e ao longo da vida profissional, proporcionando os instrumentos necessários à qualificação profissional e conduzindo a um desempenho mais eficaz no exercício da profissão.

É nesta sequência de ideias que surge a frequência no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny a decorrer ao longo de três semestres nos anos de 2015/2017. Este culminará na elaboração do presente relatório baseado no trabalho desenvolvido nas três unidades curriculares de estágio nomeadamente Urgência – Creditado por experiência profissional pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Cuidados Intensivos – realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Cárdiorráxicos (UCICT) e Opção – realizado na Unidade de Tratamentos Intensivos Coronários (UTIC), todos os serviços no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM).

A descrição das ações desenvolvidas de forma autónoma e em complementaridade com equipas distintas ao longo dos estágios, uma prática baseada na evidência científica e apoiada na experiência de enfermeiros peritos, será realizada através de uma análise crítica e reflexiva. Recorrerei a pesquisa bibliográfica para complementar a descrição e farei paralelismos com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Estas competências foram normalizadas através da criação de vários regulamentos, da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em

Situação Crítica (Regulamento nº 124/2011) e o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011).

Como escreveu a teórica de enfermagem Benner (2001) é importante refletir sobre a prática. A mesma autora defende que o conhecimento em enfermagem não poderá desenvolver-se se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem da sua própria experiência.

Procurarei assim documentar o ganho de competências nas áreas de prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima e na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Será dado algum destaque ao doente com coronariopatia por ser a minha área de opção nomeadamente o estágio na UTIC. Esta prendeu-se com a criticidade da pessoa com doença isquémica coronária nomeadamente com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e também pelo facto de desempenhar funções no Serviço de Urgência (SU), pois se atendermos à bibliografia vemos que a abordagem inicial é preponderante para o sucesso do tratamento posterior e que a sua falha condena o doente à perda da possibilidade de recuperação e em última instância à morte (Newby & Grubb, 2005).

A Direção Geral de Saúde (DGS) em relação ao ano de 2013 apontava as doenças cardiovasculares e entre elas destacando a doença isquémica do coração, cuja manifestação clínica mais relevante é o EAM, como a causa de morte mais relevante em toda a Europa incluindo Portugal (Direção Geral de Saúde, 2014). Em 2015 a mesma Autoridade de Saúde ligada ao Ministério da Saúde manteve a relevância das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte mas salientando uma tendência decrescente e atingindo a meta definida pelo Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares de ficar abaixo dos 30% (DGS, 2016).

Acredito que para estes resultados foi preponderante a continuação e intensificação da implementação da Via Verde Coronária (VVC) abordada no despacho n.º 10319/2014, contribuindo para o tratamento precoce e o encaminhamento correto dos doentes com EAM.

Após a abordagem sumária dos aspetos essenciais que orientarão todo o trabalho chegou o momento de revelar o objetivo do mesmo, o qual será então evidenciar o ganho de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em

Situação Crítica, simultaneamente ao ganho de competências inerentes ao Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a atribuição do grau de mestre o “Quadro Nacional de Qualificações” aprovado pela portaria n.º 782/2009 caracteriza genericamente as áreas nas quais o mestrando deverá ter adquirido competências nomeadamente ao nível de conhecimentos, aptidões e atitudes. Já a Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional e Direção-Geral do Ensino Superior (2013) definem o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões, a comunicação e as competências de auto-aprendizagem, como descritores da qualificação.

De modo a concretizar o objetivo proposto, após esta breve introdução farei uma contextualização abordando os diferentes conceitos agregados ao cuidar especializado da pessoa em situação crítica, descreverei a experiência profissional e as competências ganhas no SU, passarei ao estágio de cuidados intensivos e finalmente abordarei a área de opção nomeadamente o estágio na UTIC. Finalmente apresentarei a conclusão onde farei a síntese do trabalho focando os ganhos e a perspetiva futura.

A apresentação do trabalho escrito seguirá as normas APA.

1. CUIDAR ESPECIALIZADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O cuidar de pessoas é a essência da enfermagem. A pessoa a vivenciar um processo de transição saúde/doença crítica obriga a uma intervenção diferenciada de modo a que recupere a saúde e consiga o máximo de independência possível no seu autocuidado. Deste modo são exigidas ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica competências específicas para lidar com as situações com que se depara, preservando o cuidar de uma forma holística, olhando o doente na sua totalidade o que inclui a família.

Para facilitar o entendimento da descrição do ganho de competências específicas que será feita no capítulo seguinte, serão abordados os conceitos básicos neste primeiro capítulo, nomeadamente o cuidar, a pessoa em situação crítica e o conceito de competências.

1.1. A ciência e arte do cuidar

O facto de uma pessoa possuir necessidades e desejos conduz inevitavelmente à necessidade de satisfação dos mesmos por si próprio ou, nessa impossibilidade, por outro. A partir deste pensamento básico percebe-se facilmente a origem pré-histórica do cuidar na sua acessão rudimentar evidente na basicidade da manutenção da vida do recém-nascido pela mãe.

No entanto, ao longo da história da humanidade surgiram aqueles que se dedicaram ao cuidado do outro, ao auxílio para que consigam o máximo de independência possível com qualidade de vida. Collière (2003) na sua obra internacionalmente conhecida “Cuidar... A primeira arte da vida”, referiu mesmo que o cuidar está na génese de todas as culturas, acoplado ao esforço de sobrevivência. Esta autora defendeu que o cuidar não se limita às situações de doença mas gira em torno de tudo o que permite a sobrevivência, nomeadamente lutar contra a fome e estar abrigado quer por um refúgio como por vestuário. A mesma referiu que a luta contra a doença só faz sentido quando as preocupações vitais anteriormente referidas estão asseguradas e já em 1999 havia definido o cuidar como sendo

um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais (Collière, 1999, p. 235).

Ser cuidador exige a mobilização da essência humana, que se manifesta pela preocupação com o respeito pelo outro. Não basta executar atos ou tarefas dirigidas ao corpo é necessário desenvolver a escuta, a comunicação, a atenção particular e a relação interpessoal (Hesbeen, 2001).

O cuidar na esfera da saúde é, segundo Hesbeen (2001), “ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde” e para Collière (2003) cuidar é suprir temporariamente aquilo que o indivíduo não pode fazer por si próprio, quer por alterações passageiras do seu estado como por perturbações causadas pela idade, por doença ou por acidente; sendo que algumas pessoas o fazem como profissão. A mesma afirmou que o cuidar tem como objetivo despertar, estimular e manter as forças da vida que em algumas situações têm que ser complementadas por tratamentos de modo a combater a doença e seus malefícios, impedindo o agravamento e evitando que atinja o ponto de não regresso. Esta perspetiva também fez parte do pensamento de Virginia Henderson, quando esta teórica descreveu a independência do paciente baseada na satisfação das suas próprias necessidades, definidas nas catorze necessidades fundamentais e que englobam as áreas da biologia, fisiologia e as dimensões psicossocioculturais. Este é de resto o modelo seguido atualmente no HNM, onde o enfermeiro é convidado a auxiliar o doente ou fazer por ele aquilo que lhe falta para ser completo, total ou independente.

É no cuidar profissional que se enquadra o enfermeiro. As origens históricas e tradicionais da enfermagem estão bem definidas no passado, nomeadamente associada à vida religiosa e militar. Foi Florence Nightingale a precursora da enfermagem moderna, a qual na altura já escrevia que o enfermeiro deveria saber atuar de maneira a que o organismo não contraia doenças ou que se recupere de qualquer problema de saúde (Queirós, Silva e Santos, 2000).

A evolução fez-se e atualmente os cuidados de enfermagem são definidos como “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”, pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Segundo o mesmo regulamento estes cuidados compreendem a interação do enfermeiro com o indivíduo/família/grupos e comunidade, sendo para isso estabelecida uma relação de ajuda utilizando uma metodologia científica e prestados de acordo com o grau de dependência do indivíduo.

É sobejamente comentado que de todos os elementos da equipa multidisciplinar é o enfermeiro que tem uma relação mais próxima com a pessoa cuidada. Hesbeen (2001) explicou esta proximidade como resultado da junção de três aspetos: a prestação de cuidados

ditos “de base”, como a higiene, alimentação e conforto que proporcionam uma relação privilegiada com o corpo; a presença contínua, proporcionando a oportunidade de viver com o indivíduo e sua família todos os momentos e assistindo a todas as vivências e expressão de sentimentos e ainda um mundo de ações de carácter mais ou menos técnico, na sua maioria numa perspectiva curativa. Tudo isto proporciona ao enfermeiro a legitimidade para se assumir como um elo fundamental na obtenção da saúde do indivíduo e desempenhar o papel de perito (na sequência dos conhecimentos advindos da sua formação e da sua experiência profissional refletida) e de conselheiro (apontar caminho possíveis e refletir sobre eles com o indivíduo de modo a orientar-se com a máxima segurança e serenidade) perante o mesmo.

É importante lembrar que o ideal moral da enfermagem é o cuidar, com o objetivo de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Isso implica um compromisso para o cuidar tendo em conta valores, vontade, conhecimentos, ações carinhosas e competências (Watson, 2002).

Ainda relativamente ao conceito de cuidar em enfermagem agrada-me particularmente a conceção de Meleis, abordada por Rua (2011), que diz ser a missão do enfermeiro prestar cuidados às pessoas que passam por situações de doença e àquelas que podem ter potenciais problemas de saúde. Isto na sequência da sua teoria das transições que remete para uma interligação entre a pessoa e o ambiente, ou seja, a pessoa vivencia um processo de transição sempre que se verificam alterações no seu estado de saúde, nos papéis que desempenha, no seu desenvolvimento, nas suas expectativas ou nas suas capacidades.

O conceito de cuidados de enfermagem evoluiu bastante desde Florence Nightingale nos primórdios da profissionalização, sendo que a ânsia de fazer melhor permitiu o desabrochar dos cuidados de enfermagem assentes no conhecimento científico mais recente, tendo em conta o indivíduo no seu todo e mantendo a essência da ciência e arte do cuidar, mas adaptada aos tempos.

Como a profissão também cada enfermeiro evolui na sua caminhada pessoal no ganho de competências para a prestação de cuidados e na necessidade de cada vez mais formação. A missão do cuidar mantém-se, mas o grau de perícia e a capacidade de resolução e antecipação de potenciais problemas da pessoa em situação crítica, pressupõe que abordemos o conceito de pessoa em situação crítica.

1.2. A pessoa em situação crítica

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) define o doente crítico como aquele que sofre de disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, sendo que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. Esta condição implica, segundo Cunha (2000), um quadro clínico complexo exigindo meios avançados de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência e Salvador e Fernández-Colina (2009) descreveram que os doentes com esta situação clínica exigem uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas.

Estes conceitos estão implícitos na definição de pessoa em situação crítica do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011).

Sendo o enfermeiro um dos elementos da equipa multidisciplinar é relevante o seu papel e comungo da afirmação de Silva e Lage (2010) de que a instabilidade e gravidade da condição de saúde num doente exigem do enfermeiro um juízo clínico (juízo diagnóstico, intervenção e avaliação) eficaz e em tempo útil. Esta perspetiva encontra eco na definição de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica defendida pela Ordem dos Enfermeiros em que os mesmos são considerados como

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 124/2011).

O que nos transporta inevitavelmente para a definição das competências necessárias para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e consequentemente ao próximo ponto.

1.3 Competências Específicas do Cuidar da Pessoa em Situação Crítica

É inegável que os enfermeiros só conseguem cuidar verdadeiramente se forem competentes na sua profissão. Há a expectativa e exigência de que os profissionais de saúde sejam capacitados e competentes no seu trabalho, este é considerado um aspeto ético elementar por Manley e Bellman (2003).

As competências consideradas necessárias para cuidar da pessoa em situação crítica estão definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011). Considero no entanto interessante a conceção de Monahan (2007) de que o enfermeiro na prestação de cuidados ao doente crítico tem que dominar técnicas especializadas e ter conhecimentos que permitam monitorizar e dar suporte à estabilidade fisiológica dos doentes, sendo o elo entre doente e a tecnologia. A isto adiciona a capacidade de refletir e tomar decisões. Tudo para conseguir que os doentes em estado crítico e as suas famílias, disfrutem de excelentes cuidados, cuja génese assenta na definição de objetivos e na criação de mecanismos para avaliar o progresso do doente em relação aos mesmos.

Tendo em conta que todo o percurso, alvo deste relatório, incidiu sobre o ganho de competências seria incompreensível que não procurasse entender na plenitude o que são na verdade essas competências.

Nas pesquisas realizadas Guy Le Boterf é assinalado como um autor de referência e citado em grande parte da literatura sobre as competências. Este autor com formação académica nas áreas da sociologia, economia e psicologia, entre outras, é regularmente solicitado a nível internacional para assessorar empresas e organizações nas áreas de gestão e desenvolvimento dos recursos humanos. As suas obras têm-se tornado referências para empresas e organizações compreenderem o desenvolvimento das competências em todas as áreas.

De acordo com Le Boterf (1994), a competência é uma realidade dinâmica que se define como um saber-fazer com validade operacional. Ter uma competência implica então ter a capacidade de aprender e adaptar-se, pondo de lado a ideia de execução de tarefas de forma repetitiva e semelhante.

O mesmo autor defende que é a junção de vários saberes que define determinada competência. Sendo assim explica os *saberes teóricos* como orientadores da ação e sem finalidade prática mas facilitadores do pensamento em direção à enunciação de hipóteses; os *saberes processuais*, o *saber-fazer processual* e o *saber-fazer experiencial* respetivamente como regras para a ação, junção dos saberes teóricos e dos saberes processuais tendo como exemplo a simulação do real e por último a mobilização de conhecimentos em experiências práticas. O autor descreve ainda o *saber- experiencial* fruto da prática refletida em que se reinveste o conhecimento adquirido numa nova situação, o *saber-fazer social* que comporta o conhecimento dos comportamentos sociais e profissionais, das atitudes relacionais e de comunicação assim como das atitudes éticas. Finalmente Le Boterf define o *saber-fazer*

cognitivo como a capacidade de realizar operações intelectuais de modo a formular, analisar e resolver problemas; de conceber e realizar projetos, de tomar decisões e ainda de ser criativo e inovador.

Então para ser competente não basta ter capacidades ou conhecimentos, há que saber mobilizá-los pertinentemente e saber usá-los no momento apropriado (Le Boterf, 1994). Ou seja, a competência revela-se na ação.

O conceito de competência é complexo como explicou Melo (1998), já que existem inúmeras interpretações do mesmo e compreende uma junção de capacidades, conhecimentos, qualidades, aptidões e experiências em desenvolvimento constante. Numa aceção simplista pode definir-se como “uma palavra do senso comum usada para descrever uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa” (Fleury & Fleury, 2001, p.184).

O conceito de competência compreende a tarefa ou o conjunto de tarefas adictos a um determinado cargo, ou seja, “é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas.” (Fleury & Fleury, 2001, p.185). Ou seja, a competência é o conjunto de recursos que uma pessoa possui: conhecimentos, habilidades e atitudes.

Os mesmos autores definem então competência como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.” (Fleury & Fleury, 2001, p.188) e aludem ainda à definição de Zarifian (1999) em que a competência é a “inteligência prática” alicerçada nos conhecimentos adquiridos que são transformados em igual proporção com a complexidade das situações.

Inspirando-se na obra de Le Boterf, Fleury e Fleury (2001) criaram uma tabela de modo a clarificar conceitos aliados à competência, que pela sua natureza simplificadora encaixa no meu perfil de raciocínio e apresento seguidamente:

Tabela 1 - Competências para o Profissional

| | |
|--------------------------|---|
| Saber agir | Saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir |
| Saber mobilizar recursos | Criar sinergia e mobilizar recursos e competências. |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Saber comunicar | Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos. |
| Saber aprender | Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se. |
| Saber engajar-se e comprometer-se | Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se. |
| Saber assumir responsabilidades | Ser responsável, assumindo os riscos e consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido |
| Ter visão estratégica | Conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas. |

Fonte: Fleury e Fleury, 2001, p.188

O contexto foi incluindo na explicação das competências quando Moraes (2004) se referiu ao termo competência como o saber e poder agir num contexto específico, com discernimento e eficácia. Seguindo uma abordagem semelhante Mendonça (2009) referiu que “competência diz respeito aos saberes em contexto” sendo “um leque de características pessoais com origem no conhecimento, ou capacidades adquiridas que condicionam o agir” (Mendonça, 2009, p.34, 42).

Partindo então da formação inicial do enfermeiro e no contexto específico do ensino clínico em enfermagem, Carvalhal (2003) referiu que incentiva-se a aprendizagem a partir da experiência pessoal e não apenas a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática, pretendendo-se assim um desenvolvimento das dimensões técnica, cognitiva e relacional do futuro enfermeiro. Nessa linha de pensamento procura-se então promover o saber, saber-fazer e saber ser e estar, como formas de ganhar competências. O mesmo autor esclareceu que a competência profissional consiste na capacidade de mobilizar conhecimentos associando comportamentos, capacidades e atitudes definidos dentro dos três campos do saber referidos anteriormente.

O saber atualmente está assente nas práticas quotidianas que englobam os conhecimentos técnicos, relacionais e científicos contribuindo para a antecipação dos

fenómenos a observar (Carvalho, 2003). Isto remete para o pensamento presente em grande parte do mestrado: competência especializada no cuidar em enfermagem engloba a capacidade de antecipar a evolução do doente analisando o seu estado atual baseado na colheita da história clínica, monitorização, controle da ação da terapêutica entre outros.

De uma forma semelhante outro autor defende que as competências

só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente. A competência não é estática, não resulta tão somente de conhecimentos adquiridos, mas é, antes, um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos (Mendonça, 2009, p. 31).

No contexto específico da enfermagem o mesmo autor refere que sendo esta uma profissão em desenvolvimento e maturação constantes, exige a aquisição permanente de competências de modo a conseguir não só dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento dos doentes mas também de demonstrar essa capacidade. Isto consegue-se também porque os enfermeiros atuam diariamente com base numa articulação dinâmica de diversos saberes aprimorados individualmente na sua experiência prática com os doentes, todos os dias, com uma diversidade de casos particulares.

Então competência no âmbito da enfermagem pode ser descrita como “os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.8).

Abordando o pensamento de uma das figuras centrais da enfermagem, Benner (2001), conseguimos fazer o paralelismo com a temática da aquisição de competências já que esta ao debruçar-se sobre a aprendizagem experiencial na enfermagem abordou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. A mesma destacou a experiência profissional e considerou que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. Assim defendeu que o enfermeiro parte de uma base de principiante em que não possui experiência e como tal age de acordo com o que lhe foi ensinado, não conseguindo agir de acordo com prioridades emergentes quando é exigida uma exceção à regra. Na fase seguinte o enfermeiro é denominado de principiante avançado, quando a sua experiência anterior com situações reais já permite um desempenho aceitável no que concerne aos aspetos individuais significativos. Com a prática continuada o enfermeiro desenvolve a capacidade de perceber quando algo de anormal acontece, direcionando assim a sua atenção e ação para o que é realmente importante em determinado momento, nas palavras da autora passa de competente a proficiente. A fase seguinte é a de perito, em que o enfermeiro tem a capacidade de abarcar

toda a situação e concentrar-se no ponto fulcral do problema, conseguindo atuar em antecipação.

Benner (2001) ressaltou no entanto, que no processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática proporciona aliando a teoria sem esquecer o comportamento ético.

Assim o enfermeiro atingirá o profissionalismo que segundo Le Boterf (2005) define-se pela capacidade de não só agir com pertinência, mas compreendendo também porquê e como age.

Está assim feita a ponte para o próximo capítulo onde será descrita a atuação em diferentes contextos. Pretendo assim demonstrar que após a parte inicial do curso de mestrado dedicada à teoria, a mobilização desse e de todo o saber acumulado desde o curso de bacharelato em enfermagem, passando pela licenciatura, pelos 16 anos de desempenho no SU e a oportunidade de cuidar de pessoas em situação crítica em diferentes contextos de estágio permitiram o desenvolvimento de competências especializadas.

2. DESENVOLVER COMPETÊNCIAS: DESDE O SERVIÇO DE URGÊNCIA ATÉ À UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS

O desenvolvimento de competências está intimamente ligado ao conceito da aprendizagem de Le Boterf (2005). Este autor descreve a aprendizagem com a experiência tendo como ponto de partida a ação nomeadamente a resolução de problemas e a correção de incidentes entre outras. No entanto será necessária a reflexão posterior com a narração dos acontecimentos idealmente conduzida por outra pessoa de modo a haver a passagem da ação para palavras, é o refletir do vivido, um preliminar à reflexão sobre o vivido. A 3ª etapa da aprendizagem será então explicar e não descrever, será reformular e proceder a um trabalho de elaboração teórica com um bom nível de abstração de modo a atingir a generalização da experiência. Finalmente surge o momento da transposição para novas situações nomeadamente agir ou reagir tendo em conta as lições da experiência.

Todo este processo foi desenvolvido ao longo da prática profissional no SU e de uma forma mais metódica nos estágios de cuidados intensivos e de opção.

Assim seguidamente irei descrever as ações desenvolvidas ao longo dos três contextos da prática mencionados, fazendo uma análise crítica e reflexiva e um paralelo com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

2.1 – Estágio I – Serviço de Urgência.

A Unidade Curricular de Estágio I – Urgência, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contempla um total de 250 horas distribuídas por 140 horas de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante.

Desempenhando a minha atividade profissional no SU do HNM desde 02-04-2001 até ao momento e com base no Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny (Regulamento n.º 506/2014, 2014), foi realizado o pedido de creditação da experiência profissional com a entrega de currículo *vitae*, portfólio da experiência de trabalho, descrição da experiência acumulada que fundamentou as competências desenvolvidas [com base no Regulamento de

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 124/2011, 2011)] e declaração da entidade patronal comprovativa da experiência profissional; de modo a obter a Creditação do Estágio I – Urgência.

Assim o ganho de competências referentes ao contexto de urgência será descrito com base na experiência profissional, reconhecida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny.

Os serviços de urgência (emergência) estão vocacionados para a assistência imediata a pessoas com risco iminente de vida, garantindo uma primeira abordagem qualificada e eficaz (Oliveira et al, 2014). O SU do HNM é o único serviço de urgência polivalente da RAM, cumprindo os critérios definidos no artigo 5º do Despacho n.º 10319/2014, e tem como missão assistir todas as pessoas que a ele recorrem através da prestação de cuidados médicos e de enfermagem individualizados de natureza urgente/emergente em todas as fases do seu ciclo de vida (Serviço Regional de Saúde, 2009).

Logo o SU do HNM assiste todas as pessoas encaminhadas dos Serviços de Urgência da Rede de Cuidados de Saúde Primários, aquelas socorridas pelas Corporações de Bombeiros, Cruz Vermelha e Equipa Médica de Intervenção Rápida (EMIR) e as que por iniciativa própria se dirigem ao mesmo. Abrange assim toda a população residente (256 424 indivíduos em 2015, segundo os dados mais recentes divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística), alguns turistas e ainda quem necessite de cuidados de saúde diferenciados numa área de 446 108 km² correspondentes à zona económica exclusiva da RAM no Oceano Atlântico.

Não obstante existirem pontos de contacto como a sala de emergência, algumas situações do foro cirúrgico e ortopédico, a urgência pediátrica tem funcionamento independente da chamada urgência geral e assiste as pessoas com menos de 18 anos. O mesmo acontece com as doentes com queixas do foro ginecológico/obstétrico, que são encaminhadas maioritariamente para o serviço específico diretamente da triagem.

A localização do SU é no mesmo andar da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), tendo acoplado um serviço de imagiologia apetrechado com Rx, Tomografia Axial Computorizada (TAC) e ecografia. O acesso ao Bloco Operatório (BO) que fica no andar superior é feito por elevador, sendo o acesso prioritário e realizado por um sistema de “chamada de urgência” de uso autónomo pela equipa do serviço. O SU tem relação privilegiada com outros serviços, nomeadamente Hemoterapia, Patologia clínica, UCIP,

Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC), BO, UTIC e Serviço de Hemodinâmica (SH).

De acordo com Pedreira et al (2014) a proximidade do BO e da Imagiologia da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) contribui para a segurança do transporte, minimizando os seus riscos, por encurtamento do tempo fora da unidade. Transpondo este conhecimento, constatamos que a localização do SU é privilegiada e cumpre os requisitos para que o tempo de transporte seja curto.

Sendo elemento da equipa deste serviço há aproximadamente 16 anos desempenho funções em todos os sectores/salas nomeadamente: Sala de Acolhimento, Gabinete de Triagem, Sala de Emergência (SE), Sala de Tratamentos, Sala de Recuperação, Sala de Cirurgia, Sala de Pequena-Cirurgia, Sala Aberta, Sala de Ortopedia, Salas de Observação (SO) e Sala de Cuidados Especiais (SCE). No período que antecedeu a separação da Urgência de Pediatria da Urgência Geral, também prestei cuidados à população infantil.

Ao longo destes anos tive sempre um papel ativo na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com necessidades mais ou menos diferenciadas no âmbito das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas e após a leitura dos últimos parágrafos é fácil adivinhar a variedade e complexidade de situações que surgem diariamente, sendo imperativa a prontidão constante para a prestação de cuidados qualificados e diferenciados a pessoas com efetivas ou potenciais complicações no seu estado de saúde.

A minha prestação de cuidados diária assenta num processo contínuo, precoce e sistémico para obter o máximo de informação sobre o doente, procurando prevenir e detetar em tempo útil alterações no seu estado de saúde. Deste modo procuro garantir a manutenção das funções vitais, a prevenção de complicações e a recuperação da pessoa que recorre ao SU.

O percurso de quem recorre ao SU não é linear, mas a primeira abordagem é feita impreterivelmente pelo enfermeiro que faz o acolhimento e decide o encaminhamento que regra geral é a zona de triagem ou a sala de emergência. Como enfermeira triadora faço uma primeira avaliação rápida tendo presente além das situações de emergência, instabilidade e risco iminente de falência orgânica as Vias Verdes em vigor na instituição. Aplico a Triagem de Manchester e encaminho os doentes para avaliação médica. Contemplo assim a unidade de competência ***presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.***

O SU do HNM utiliza o Sistema de Triagem de Manchester, uma metodologia de triagem padronizada com base informática, com o objetivo de otimizar os tempos de espera

dos utentes de acordo com a urgência de atendimento do ponto de vista clínico. Não é baseado em diagnósticos médicos mas sim em discriminadores clínicos indicativos de risco de vida, nível de consciência, alterações hemodinâmicas, tempo de evolução, grau de dor ou mecanismo de lesão; ou seja, o utente é atendido por critérios de gravidade.

Este sistema permite classificar os utentes em cinco níveis de prioridade de atendimento, com base num dos 50 fluxogramas escolhidos de acordo com as queixas do utente. (Existem mais 2 reservados a situações de catástrofe).

A cada nível de prioridade corresponde uma cor e um tempo alvo para o primeiro atendimento médico, nomeadamente:

| | | |
|---------------|----------|------------------------|
| Emergente | Vermelho | Tempo Alvo 0 minutos |
| Muito Urgente | Laranja | Tempo Alvo 10 minutos |
| Urgente | Amarelo | Tempo Alvo 60 minutos |
| Pouco Urgente | Verde | Tempo Alvo 120 minutos |
| Não Urgente | Azul | Tempo Alvo 240 minutos |

O recurso a profissionais experientes e bem treinados é essencial para que a triagem se processe de uma forma rápida e precisa, contribuindo para o funcionamento eficaz do SU e o aumento da qualidade dos cuidados prestados. Esta característica do enfermeiro triador é fundamental se pensarmos que por vezes o tempo de espera para a triagem é de mais de 30 minutos e nem todos os utentes têm a capacidade de verbalizar especificamente as suas queixas nem sabem a sua história clínica anterior. Aqui o enfermeiro faz aquilo que batizei de “pré-triagem”, dando encaminhamento imediato aos doentes que por diversas situações merecem atenção prioritária logo à chegada.

Esta forma de atuação é auxiliada pela existência de protocolos de atendimento prioritário aos utentes com suspeita de patologias que implicam atendimento imediato, nomeadamente as Vias Verdes Coronária, do Trauma, do Acidente Vascular Cerebral e da Sépsis, de acordo com o preconizado pelo artigo 13º do despacho n.º 10319/2014. O encaminhamento dos doentes em sistema de via verde contempla, regra geral, a SE para o Trauma e o Acidente Vascular Cerebral, a Sala de Espera para a Sépsis e no caso específico da VVC o enfermeiro solicita a realização de eletrocardiograma (ECG) e encaminha o doente para uma das salas de atendimento médico, onde não existe qualquer equipamento de monitorização e onde o espaço é exíguo. Se se confirma EAM é nesta sala que o doente permanece, é observado pelo cardiologista, é colocado Cateter Venoso Periférico (CVP), obtido o consentimento informado do doente e realizada toda a preparação para a transferência em direção ao cateterismo cardíaco com coronariografia. Se for detetada

obstrução das artérias coronárias é realizado o tratamento para reperfusão cardíaca, a angioplastia com implantação de *stent*.

A permanência do doente crítico neste espaço é motivo de grande preocupação e foi a génese da minha escolha pela área de opção no doente com cardiopatia e mais especificamente o doente com EAM. A minha experiência profissional confirma o que é defendido por vários autores, nomeadamente Newby & Grubb (2005), quando descrevem que a mortalidade baixa significativamente quando o doente recebe cuidados de saúde adequados na fase inicial do enfarte. No SU quando há um agravamento do estado do doente com EAM este é transferido da sala de atendimento médico para a SE, o tempo que medeia este transporte pode fazer diferença na recuperação e sobrevivência do doente.

No contexto de SE a equipa de Enfermagem funciona com três enfermeiros com funções pré-definidas e designados de A, B e C. Assumo qualquer uma delas atuando em conformidade com a situação e em interação com a restante equipa de saúde.

O elemento A assume o papel de *team líder* gerindo a equipa e os cuidados consoante as prioridades emergentes e de acordo com as competências de cada enfermeiro. Contempla assim a unidade de competência específica ***gere os cuidados em situações de emergência*** e a competência comum no ***domínio da gestão dos cuidados***.

O *team líder* é descrito por Aehlert (2013) como o responsável pela orientação da equipa, já que em situações de emergência é fulcral o trabalho em equipa. O mesmo autor refere que cada elemento deve saber quais são as suas responsabilidades e ser capaz de prever as instruções, assumindo o *team líder* uma posição de observador (“hands off”) para ver e orientar todas as tarefas. O que acontece no SU é que o *team líder* tem outras funções, no entanto a boa articulação com a restante equipa de saúde e as decisões tomadas em concertação com a equipa médica facilitam a liderança. Para o bom funcionamento concorre também o facto de as posições a assumir pelos enfermeiros estarem atempadamente definidas e afixadas em plano de trabalho diário.

Para a liderança ser considerada eficiente Tapen (2005) defende que tem que haver sucesso na influência nos outros de modo a que trabalhem em conjunto e de uma forma produtiva e satisfatória. Para que isso aconteça, a autora defende que o líder deve adquirir conhecimentos acerca da liderança no seu campo profissional, possuir conhecimento de si próprio, ter comunicação clara e eficiente, mobilizar energia, estabelecer metas expressivas e atuar com objetividade.

No estudo desenvolvido por Hart et al (2014) o tratamento dos dados recolhidos junto a enfermeiros concluíram que a idade e o “*status* de certificação” foram as variáveis que

definiram a auto confiança e as habilidades de liderança. Os mesmos descrevem que os enfermeiros com mais auto confiança, baseada no facto de assumirem que o doente está com agravamento do seu estado e comunicarem à equipa esse facto dando início ao tratamento, sentiram-se mais confortáveis ao liderar um evento de deterioração do estado do doente.

É o elemento A na sala de emergência quem garante a permeabilidade da via aérea colaborando quando necessário na entubação orotraqueal e executando todos os cuidados inerentes à manutenção de oxigenação eficaz, prevenção da infeção (secundária à entubação orotraqueal ou à aspiração de vómito) e monitorização de complicações potenciais. Assim é contemplada a unidade de competência específica ***presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica***. Esta unidade de competência prolonga-se na atuação descrita no parágrafo seguinte.

O elemento B fica responsável pela monitorização do doente [ECG, Oximetria e Pressão Arterial (PA)], algaliação, introdução de cateteres venosos periféricos e eventualmente introdução de acesso intra-ósseo e administração de terapêutica de urgência e emergência, como por exemplo a Adrenalina nas situações de paragem cardiorrespiratória onde é obrigatória a verificação de ritmo cardíaco. Emerge aqui a unidade de competência específica ***gere a administração de protocolos terapêuticos complexos***, esta vertente é também bastante relevante no SO e na SCE onde as situações de instabilidade dos doentes frequentemente desembocam em risco de vida iminente: situações de emergência.

Na sequência da atuação o elemento B colabora na introdução de cateter venoso central, linha arterial e drenos torácicos. Oliveira et al (2014) no seu estudo detetaram que as percentagens de procedimentos invasivos realizados no serviço de urgência são semelhantes às que encontraram na literatura em relação às UCI. Os mesmos autores descrevem que os procedimentos invasivos, assim como o uso de antibióticos, a colonização por microorganismos multirresistentes, o tempo de permanência no hospital e a gravidade da doença; são os principais fatores de risco para a infeção associada aos cuidados de saúde. Nas suas conclusões relatam que os serviços de urgência têm-se tornado em locais cada vez mais importantes na difusão da infeção associada aos cuidados de saúde e de microorganismos que levam a uma alta taxa de mortalidade. Durante a realização de procedimentos invasivos na SE existe sempre a preocupação de manter a assepsia e prevenir a infeção e é realizado o tratamento precoce de lesões potencialmente infetadas como feridas, fraturas expostas e eviscerações. É contemplada assim a competência específica ***maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica***

e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O elemento C na SE colabora na monitorização do doente, garante que as amostras sanguíneas são enviadas ao laboratório e ao serviço de hemoterapia e prepara a terapêutica de urgência e emergência. Embora a preparação e administração de fármacos seja uma atividade frequentemente executada pelo enfermeiro, esta não deve ser uma tarefa mecânica pois exige pensamento crítico, conhecimento sólido e exercício consciente. Isto é ainda mais relevante em contexto de emergência exigindo que o enfermeiro atue com segurança e pragmatismo, dispondo de um curto espaço de tempo para o fazer.

É também o elemento C que procede ao alinhamento e imobilização de fraturas e prepara o material necessário para a realização do transporte do doente em segurança. É assegurado o alinhamento e imobilização dos doentes vítimas de trauma em plano rígido, com cintos, colar cervical e imobilizador de cabeça, talas para membros e estabilizador de bacia; procedendo-se à transferência e transporte mantendo as mesmas e providenciando as condições para a sua retirada o mais precoce possível, de modo a promover o conforto do doente mas sem pôr em risco a sua recuperação.

O contacto com a família é por norma realizado por este elemento, pois os enfermeiros nos serviços de urgência procuram apoiar e ajudar mas também compreender e comunicar não só com o doente mas também com os familiares. Procura-se assim complementar o conforto proporcionado com o controlo dos sintomas (Novo, Galvão & Rodrigues, 2014).

Outro aspeto relevante em situações de emergência é o respeito pelos princípios éticos. Existem procedimentos terapêuticos invasivos que são essenciais na abordagem e estabilização do doente crítico e o estado do doente pode impedir o seu direito à autodeterminação, como descrito por Nunes et al, 2009, tornando-se assim uma exceção à doutrina do consentimento informado. Os mesmos autores defendem que nestas situações deve haver um esforço para conhecer a vontade do doente e deve limitar-se as intervenções às inadiáveis tendo em conta o benefício imediato do doente e sem prejuízo para a sua saúde.

Os mesmos autores abordam o consentimento presumido contemplado no código penal português como a atuação segundo a suposição do que o doente consentiria se conhecesse as circunstâncias, presumindo então que dariam o seu consentimento para a realização das intervenções se para tal se encontrassem capazes. No que concerne especificamente aos enfermeiros o código deontológico, no artigo 82º, aborda a premissa de que o enfermeiro tem o dever de proteger e defender a vida humana em qualquer circunstância (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto da SE a equipa é ágil e ocasionalmente os papéis fundem-se, mas não se sobrepõem. O trabalho em equipa promove a colaboração e a vigilância congregada do doente de modo a detetar focos de instabilidade.

Após a estabilização do doente o enfermeiro acompanha a transferência, garantindo a continuidade dos cuidados. Isto implica a capacidade de ***diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos***, de executar ações adequadas e de monitorizar e avaliar continuamente a evolução clínica do doente despistando precocemente eventuais agravamentos. O transporte em segurança do doente crítico é um tema que preocupa a maioria dos enfermeiros do SU e é foco de discussões frequentes, como tal uma colega do curso de mestrado dedicou-se ao mesmo e em interação estamos modificando gradualmente os procedimentos de forma a melhorar este aspeto.

Toda a atuação na SE desde a prestação de cuidados diretos ao doente, passando pela liderança da equipa e relação com o doente e família, abrange todas as unidades da competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica: ***cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica***.

Embora a abordagem imediata ao doente crítico esteja vinculada à SE, as situações emergentes acontecem em qualquer um dos espaços do serviço e o enfermeiro tem que dar resposta imediata e eficaz. A corroborar esta realidade Hart et al (2014) descreveram que os enfermeiros da área de especialidade médico-cirúrgica prestam cuidados aos doentes num ambiente complexo e em constante mudança que às vezes pode ser imprevisível, exigindo o uso efetivo de habilidades e de pensamento crítico para tomar decisões clínicas rápidas e apropriadas em situações de crise. Os mesmos autores defendem que a deterioração aguda pode ocorrer em qualquer momento mas os doentes são especialmente vulneráveis após admissões emergentes. Nas conclusões do seu estudo os mesmos referem que os enfermeiros têm que ter competências para reconhecer os sinais de deterioração dos doentes de modo a tomar medidas adequadas e decisões acertadas e oportunas para os resgatar.

O enfermeiro deve ter o conhecimento e o treino para detetar e lidar com as situações de agravamento do estado clínico dos doentes, mas também a maturidade e segurança para o fazer sem constrangimento exposto à crítica e revolta de outros que não tendo conhecimento nem formação podem dificultar o auxílio. Desde a síncope vasovagal aquando a cateterização de uma veia com o doente sentado, que requer a garantia de segurança em relação à queda em espaços sobrelotados, às convulsões que exigem cuidados imediatos ao

doente, às paragens cardiorrespiratórias que acontecem em qualquer espaço, aos agravamentos súbitos da função respiratória, às hemorragias digestivas altas; todas as situações podem ser presenciadas por familiares, por outros doentes e respetivas famílias. Numa primeira fase e sempre que possível isolo o doente dedicando breves palavras de sossego a quem o acompanha, retornado mais tarde quando o doente está estabilizado explicando a situação e esclarecendo dúvidas. Está aqui implícita a unidade de competência ***gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica*** e subentende-se a presença da ética profissional quer no respeito pela manutenção da privacidade do doente, como no estabelecimento de relação terapêutica com o familiar. A ética é inerente à atuação do enfermeiro e está implícita na natureza do elo que o liga à pessoa destinatária dos cuidados em determinada situação ou circunstância (Nunes, 2011).

A comunicação é um instrumento precioso na relação do enfermeiro com o doente e com a família, proporcionando uma interação tranquila entre todos. O estabelecimento de relação do profissional de saúde com a família permite aligeirar a perceção negativa do ambiente hospitalar, das situações dolorosas e ajuda-a a enfrentar o medo e a angústia. (Ruedell, Beck, Silva, Lisboa, Prochnow & Prestes, 2010). De acordo com Frias, Santos e Amaro (2013) a comunicação fica extremamente afetada nas situações de emergência, devido à preocupação individual na tríade enfermeiro/doente/família: o doente que está em situação crítica, a família que está com medo das consequências e o enfermeiro que tem que executar tratamentos em tempo útil. Nestes casos a comunicação, segundo os mesmos autores, funde-se na relação terapêutica e será o resultado de um processo interativo de compreensão e aceitação entre os elementos da tríade atrás mencionada. Estes concluem que a comunicação do profissional de saúde é um “bom indicador” da ***qualidade dos cuidados*** e como tal uma área a valorizar na prática clínica da enfermagem.

A prestação de ***cuidados de qualidade*** é uma preocupação diária junto aos doentes que recorrem e permanecem no SU. O estudo de Oliveira et al (2014) direcionado ao doente crítico faz emergir o paralelismo com a situação de muitos doentes que permanecem no SU por escassez de vagas nos diversos serviços de internamento, inclusivamente na UCI. A sobrelotação das salas no SU pode estar associada, segundo os autores supra citados, a maior mortalidade, aumento do tempo de internamento e como consequência agravamento das despesas hospitalares. Secundariamente à sobrelotação não se respeitam princípios básicos como a distâncias entre as camas, a correta higienização das mãos e a adoção de medidas de “biossegurança”, levando a um aumento da contaminação cruzada e transmissão de

microorganismos resistentes. A minha opinião baseada em anos de atuação, observação e reflexão crítica vai de encontro à evidência apresentada por estes autores. Assim procuro minimizar o impacto negativo da falta de condições estruturais para a prestação de cuidados de qualidade gerindo os recursos existentes e mantendo os princípios básicos da higiene hospitalar para a prevenção da infeção nosocomial.

O facto de atender aos pormenores “extra-emergência” do serviço não retira mérito à atuação em eventos *major*. Destaco a presença em algumas ocorrências de acidentes multi-vítimas em que a organização do serviço teve inclusivamente de ser reestruturada. Embora a SE tenha sido projetada para albergar quatro doentes, a prática determinou que o espaço não permite mais que dois doentes em simultâneo. A isto acresce o facto de a equipa de enfermagem estar distribuída pelos postos de trabalho do serviço tendo ao seu cuidado doentes que não se compadecem da ausência prolongada do enfermeiro por destacamento sucessivo para as emergências. Assim foi imperativa uma redistribuição dos recursos e foi exigido ao enfermeiro a capacidade de trabalhar rapidamente, não descurando a qualidade dos cuidados. O enfermeiro perito, além da prestação direta de cuidados colabora na orientação dos outros colegas e eventualmente auxilia o chefe de equipa na gestão de espaços e recursos (humanos e materiais).

A ilha da Madeira e em especial a zona Sul que é mais densamente povoada, tem sido fustigada por diversas catástrofes, nomeadamente aluviões e incêndios de grandes proporções. Isto exige uma resposta pronta do SU, que tem um plano de catástrofe que já foi acionado várias vezes tendo sido chamada à prestação de cuidados aquando a primeira evacuação do Hospital dos Marmeleiros. Nessa situação foi mobilizada a capacidade de agir segundo uma sequência de ações, estabelecendo graus de atendimento adequados, estabelecendo prioridades e respeitando a equidade nos cuidados às vítimas. As mudanças climáticas globais ditam que estes fenómenos extremos serão cada vez mais frequentes e o terrorismo internacional vem tomando contornos cada vez mais imprevisíveis quer nos locais visados como de *modus operandi*, obrigando a que estejamos sempre prontos a atuar em situações de eventos com múltiplas vítimas e em cenários dantescos.

Tendo presente o descrito no parágrafo anterior, procurei o ganho de competências na área da **dinamização da resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítima**, frequentando o curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI) entre 27 e 29 de novembro de 2016. Além do testemunho presencial de Itamar Ashkenazi (Cirurgião a exercer funções num hospital de Israel e com vários artigos publicados na área da catástrofe) com larga experiência de trabalho em eventos multi-vítimas, toda a componente teórica foi

posta em prática num mega exercício de simulação onde todos os pormenores foram trabalhados e foi evidente a relevância da existência de planos de catástrofe em que se beneficia a interação entre diferentes organizações e a articulação dos seus planos de modo a haver uma resposta direcionada e eficiente. Evidenciou-se também a importância de uma correta triagem das vítimas, da mobilização de recursos humanos e materiais e da correta tomada de decisão individual para o sucesso de toda a operação.

Todo o aparato inerente à atuação em urgência e emergência não desvaloriza a prestação de cuidados de enfermagem tendo em conta a vertente holística do utente e a atenção é direcionada não só às evidências fisiológicas mas também às emocionais. Em conjunto com os tratamentos são desenvolvidas ações para a promoção do bem-estar psicossocial e emocional, para a gestão da ansiedade e dos medos vividos pelo utente, bem como para que a morte e o luto que por vezes são inevitáveis sejam vividos de forma digna.

Não são descurados os princípios éticos em cuidados de saúde, nomeadamente o princípio da beneficência, não-maleficência, justiça e respeito pela autonomia. A estes princípios ditos “clássicos” acresce o princípio da vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O sigilo profissional, a privacidade e a confidencialidade são assegurados na prestação de cuidados e as reflexões desenvolvidas em conjunto com a equipa de saúde promovem a tomada de decisão partilhada relevando o respeito pela dignidade humana. Está assim presente a ***competência comum do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal***.

A complexidade das situações, a ansiedade inerente à admissão no SU, o espaço físico do serviço e as constantes solicitações são fatores que dificultam a prestação de cuidados, mas também são as que tornam imperioso que se estabeleça uma relação de ajuda. Durante a prestação de cuidados, procuro sempre promover uma relação terapêutica ajustada às necessidades e limitações particulares do doente e sua família. É assim contemplada a unidade de competência específica ***gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica***.

A relação de ajuda é assente na parceria estabelecida com o utente respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, como descrito por Marques, Correia e Teixeira (2006). Os mesmos defendem que esta relação cresce e é reforçada de forma dinâmica com o objetivo de auxiliar o utente na proatividade do seu projeto de saúde.

Numa perspetiva semelhante Braga (2013) define a relação terapêutica como “a capacidade de entender o outro na sua linguagem verbal e não-verbal, nas suas expectativas, no seu contexto vivencial e nos seus receios.” (Braga, 2013, p. 146). A mesma autora refere

que esta relação permite ao doente saber que é entendido e ajuda-o a lidar com a incerteza do diagnóstico e com a impotência em situações extremas. Para conseguir este tipo de relação Braga (2013) refere que é necessária a mobilização pelo profissional de saúde da sua empatia e inteligência emocional além de ter em atenção a individualidade e singularidade de cada doente.

São Novo, Galvão e Rodrigues (2014) que definem a relação de ajuda mencionando Phaneuf (2005), como aquela que fornece aos cuidados uma qualidade humana e eficácia promovendo o profissionalismo e transmitindo melhor visibilidade dos cuidados de enfermagem. Releva-se a importância do respeito mútuo, autenticidade e congruência, de modo a conseguir que o doente reencontre a sua coragem e evolua para o bem-estar físico ou psicológico, atingindo a autonomia.

O trabalho do enfermeiro num SU é grandemente baseado no cuidado imediato e na atuação planeada no instante, de modo acompanhar a evolução constante do doente crítico. Isso pressupõe uma capacidade de observação e recolha de dados, planificação, priorização e prestação de cuidados, avaliação dos resultados e da resposta aos tratamentos instituídos de uma forma dinâmica. No entanto quando a atuação direta sobre o doente abranda o enfermeiro gere o seu tempo de modo a fazer registos com o objetivo de ter documentado o episódio numa perspetiva legal, de arquivar informação relevante para posterior consulta (antecedentes pessoais, fatores desencadeantes do episódio de doença, apoio familiar,...) e para garantir uma continuidade na prestação de cuidados.

O SU foi um dos primeiros serviços do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) a “abolir o papel”, sendo o processo totalmente informatizado. Isto permitiu o tratamento informático dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes no serviço facilitando a realização dos planos de trabalho, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Quando o doente é transferido ou tem alta a informação em suporte informático é encaminhada para os serviços afetos ao SESARAM. Nas outras situações é proporcionada a possibilidade de impressão de relatórios e o contacto telefónico com outras instituições de modo a garantir que a informação relevante é transmitida promovendo a continuidade dos cuidados.

Vai de encontro a esta preocupação a norma da Direção Geral de Saúde de 8 de fevereiro de 2017 onde se defende que a qualidade na transição dos cuidados de saúde é fundamental na segurança do doente e depende da comunicação eficaz na transferência de informação devendo a mesma fazer-se de forma escrita e utilizando a técnica ISBAR.

Assim é abordado o conceito de comunicação eficaz entre profissionais de saúde como aquela que se caracteriza por ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” e de transmissão de informação como a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação, informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência”. (Direção Geral de Saúde, p. 4, 2017). Como transição de cuidados de saúde define-se qualquer momento em que transfira a responsabilidade dos cuidados nomeadamente entre instituições, nas altas para o domicílio ou outro nível de cuidados e nas mudanças de turno na mesma instituição.

Na perspetiva das *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, nomeadamente no *Domínio da melhoria da qualidade*, foi com grande satisfação que aceitei a nomeação para integrar a Bolsa de Enfermeiros Integradores no serviço em 2006. Esse grupo restrito do qual fiz parte pelo reconhecimento do meu trabalho pelos superiores hierárquicos e pela consideração dos meus pares, foi formado exclusivamente por enfermeiros prestadores de cuidados no SU do então Hospital Central do Funchal e surgiu com o objetivo de garantir uma integração favorável dos novos elementos garantindo assim a manutenção do padrão de qualidade dos cuidados prestados.

O conceito contemplava além da tutoria por um dos elementos do grupo ao enfermeiro recém-admitido, reuniões periódicas com a presença da Enfermeira Chefe do serviço e Enfermeiro Supervisor, onde se apresentavam e discutiam temas de particular interesse para a prestação de cuidados de qualidade. Estas contavam com os integrandos e com enfermeiros peritos em diferentes áreas, nomeadamente cuidados intensivos, nas referidas discussões.

Os temas tratados nas reuniões seguiam uma vasta lista temática da qual destaco as emergências médico-cirúrgicas.

Fazia-se também a discussão acerca da forma como decorriam as integrações e apresentavam-se sugestões para adaptações do referido processo.

Este projeto proporcionou o ganho de competências nesta área que decalco nas situações de integração de enfermeiros no serviço, no apoio aos colegas recém-integrados e ainda na orientação de alunos de diferentes anos das duas Escolas de Enfermagem da Madeira, inclusivamente de alunos em Estágio de Integração à Vida Profissional.

A aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica no contexto de urgência fez-se com a exposição contínua a situações extremas no SU ao longo dos anos, nomeadamente a atuação em inúmeras paragens cardiorrespiratórias, doentes com edema agudo do pulmão, submetidos a ventilação invasiva e não invasiva, com hemorragias digestivas exsanguinantes, politraumatizados,

neurocríticos, grandes queimados, intoxicados/envenenados, vítimas de agressão com armas brancas e armas de fogo, entre outras. A presença “na linha da frente” na prestação de cuidados na pandemia de gripe causada pelo vírus H1N1, quando o pânico era comum, quando o SU ficou sobrelotado com doentes infetados com Dengue e quando foi necessário atuar no despiste dos sintomas do Ébola. A tudo isto acresce a formação académica e a experiência noutros serviços no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para fortalecer a base teórica e certificar a aquisição de competências.

2.2 Estágio II – Cuidados Intensivos. Unidade de Cuidados Intensivos Cárdio-torácicos (UCICT)

A Unidade Curricular de Estágio II – Cuidados Intensivos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla um total de 250 horas, distribuídas por 140 horas de contacto (130 horas de estágio e 10 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante.

A escolha deste campo de estágio em detrimento de uma unidade de cuidados intensivos polivalente prendeu-se com o facto de à experiência de trabalho no SU estar subjacente a atribuição frequente de doentes cujo serviço de internamento é a UCIP mas que por diversos motivos o “serviço cama” é o SU. A isto acresce o facto de ter existido a necessidade de mobilização temporária para as instalações da UAVC quando foram cedidas provisoriamente à UCIP aquando uma incidência maior que o habitual de doentes e para as instalações próprias em situação de carência de recursos humanos. Após a análise e discussão com a docente coordenadora do curso, foi considerado que seria pertinente aproveitar a oportunidade de adquirir competências no cuidado ao doente crítico e família em contexto de cuidados intensivos numa perspetiva inovadora e com maior probabilidade de contactar com doentes com cardiopatia, aquela que seria a área de opção.

Este estágio decorreu entre 12 de Abril e 13 de Maio de 2016 e contemplou a passagem pelo BO, de modo a atingir os objetivos específicos.

Sendo o campo de estágio um serviço dedicado à cirurgia cardior torácica, é pertinente referir que esta é uma área diferenciada e multidisciplinar das Ciências da Saúde que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda e crónica do foro cardiovascular, da caixa torácica e aparelho respiratório, em doentes potencialmente cirúrgicos (Serviço de Saúde da RAM, 2016). O Serviço de Cirurgia Cardior torácica na sua página no *site* do Serviço de Saúde da RAM divulga que tem por

missão melhorar o estado de saúde e o bem-estar dos doentes que trata através da prestação de cuidados de saúde de excelência, promover a investigação básica e clínica e formar futuros médicos e enfermeiros na área da cirurgia cardiotorácica.

A UCICT ocupa parte do 3º piso do HNM, onde também se encontram instalados o Serviço de Cardiologia e a UTIC. Esta unidade tem uma lotação de 3 camas, onde são internados os doentes mais críticos e onde são prestados também os cuidados no pós-operatório. O objetivo primordial é o de suportar e recuperar a função cardiovascular e respiratória, de modo a criar condições para que a doença subjacente tenha uma evolução favorável e, por essa via, proporcionar a oportunidade de uma vida com qualidade. A especialidade de cirurgia cardiotorácica deu os primeiros passos no Serviço Regional de Saúde em 1986, através de um protocolo de colaboração com o Hospital de Santa Cruz permitindo a deslocação esporádica de meios humanos e materiais ao então Centro Hospitalar do Funchal para operar doentes selecionados e a formação de um médico do Hospital do Funchal. Em 1991 surgiu a Unidade de Cirurgia Cardiotorácica com autonomia técnica e clínica, ainda hoje o único centro público desta natureza existente fora dos grandes centros médicos nacionais (Lisboa, Porto e Coimbra). Em 2011 a Unidade é elevada à categoria de Serviço, tendo os meios técnicos e logísticos necessários e uma equipa multidisciplinar altamente diferenciada, que com a sua competência e dedicação contribuem para a melhoria contínua dos cuidados prestados aos doentes. Este serviço trata em regime de cuidados intensivos cerca de 120 doentes anualmente, alguns após serem submetidos a intervenção cirúrgica nomeadamente cirurgia de revascularização miocárdica, cirurgia valvular, cirurgia dos defeitos congénitos, cirurgia da aorta, cirurgia pulmonar oncológica, cirurgia torácica benigna, cirurgia traqueo-esofágica e cirurgia do trauma.

A equipa de enfermagem é comum ao serviço de cardiologia, embora tenha elementos destacados para a unidade. No total o serviço tem uma equipa constituída por 40 enfermeiros na prestação de cuidados, nomeadamente: 7 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e 28 Enfermeiros Licenciados. A jornada de trabalho é rotativa e contempla os turnos da manhã (7,5horas), tarde (7,5horas) e noite (10,5horas), sendo o método de trabalho existente o de enfermeiro responsável.

A equipa médica da unidade é constituída por 3 médicos e tem o apoio de 3 perfusionistas.

No intuito de atingir o ganho das competências propostas pela coordenação do curso para este estágio foi elaborado atempadamente um plano de atividades que versou sobre objetivos gerais e específicos, assim como sobre as estratégias e ações a realizar para os atingir. Esse plano foi discutido oportunamente com a docente responsável e com o enfermeiro tutor, tendo também em consideração a opinião da enfermeira chefe do serviço. Desse modo procurou-se sistematizar o desempenho e mais facilmente monitorizar o ganho de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Assim os objetivos gerais foram: cuidar do doente e família em contexto de cuidados intensivos; avaliar e adequar metodologias de análise de situações complexas de doentes com falência multiorgânica; realizar a gestão de cuidados aos doentes com falência multiorgânica; assistir a pessoas e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; gerir a comunicação interpessoal no intuito de atingir a relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e desenvolver procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica.

Após 15 anos no desempenho da profissão e sempre no mesmo serviço, salvo duas experiências em *part-time* mas fazendo parte das equipas que foram as primeiras nesses locais, surgiu alguma dificuldade no acompanhamento de um enfermeiro perito na prestação de cuidados numa unidade tão específica como a UCICT. Isto porque o doente submetido a cirurgia cardíaca é muito peculiar e requer um acompanhamento especializado, pois como abordado por Duarte, Conceição, Mesquita e Silva (2012) a cirurgia altera a homeostase do organismo, o equilíbrio hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura corporal. A sensação foi de ter passado de perita no SU a principiante na UCICT, questionar muito e não atuar sem validar com o enfermeiro tutor foram duas evidências de que o estatuto tinha sofrido alterações e depressa houve empenho para reverter a situação.

A dedicação ao estudo nas situações onde surgiram dúvidas e a mobilização das competências desenvolvidas na vida profissional permitiram prever melhor a evolução do doente relacionando a fisiopatologia com os sinais e sintomas dos doentes e fazendo uma avaliação mais consistente da ação da medicação administrada. Rapidamente foi adotado um papel mais ativo e independente na prestação de cuidados.

A teórica de enfermagem Patricia Benner (2001) descreveu as etapas de aprendizagem e a aquisição de habilidades ao longo da carreira de enfermagem e diferenciou “saber” e “saber fazer” como dois tipos diferentes de conhecimento. A mesma relatou que a prática

em si mesma é uma forma de adquirir conhecimento, ou seja, a experiência é necessária para a perícia. Assim Benner (2001) defendeu que a perícia chega à medida que se aprimoram hipóteses fundamentadas em situações reais, quando se aprende a reconhecer mudanças fisiológicas subtis. É notório o paralelismo da teoria com a realidade vivida neste estágio, embora de uma forma muito peculiar, pois a experiência profissional anterior permitiu a mobilização de conhecimentos e competências, o “conhecimento clínico” para usar o conceito de Benner (2001), possibilitando uma evolução rápida. Foram também fatores facilitadores a relação desenvolvida com as pessoas das diferentes equipas, o conhecimento da estrutura, dos equipamentos e do funcionamento da unidade.

A estreia na prestação de cuidados neste estágio foi a uma doente submetida a cirurgia de substituição de válvula aórtica por prótese biológica no dia anterior, já em respiração espontânea e que foi auxiliada e incentivada na realização do primeiro levantar após a cirurgia.

Segundo Duarte et al (2012) o pós-operatório de cirurgias cardíacas é um período de instabilidade do quadro clínico do doente, sendo rico em pormenores tratando-se assim de um período de cuidado crítico. Os mesmos autores relevam que isso exige da equipa de saúde a observação ininterrupta, a tomada de decisões rápida e a prestação de cuidados de alta complexidade, sendo os enfermeiros aqueles que em tempo integral prestam assistência direta ao doente de modo a minimizar possíveis complicações, nomeadamente alterações na PA, arritmias e isquémias. Além disso, continuam os autores, os enfermeiros são responsáveis por manter o equilíbrio dos sistemas orgânicos, o alívio da dor e do desconforto.

Embora o cuidado ao doente em estado crítico não fosse novidade, os cuidados pós cirurgia eram uma área inexplorada desde o estágio em cirurgia durante o curso de bacharelato em enfermagem. Foi motivo de alguma surpresa a precocidade do levantar para a cadeira e a excelente recuperação da doente após uma cirurgia tão delicada.

A maioria dos doentes na UCICT tem aliada à sua situação crítica uma ferida cirúrgica, a infeção é uma área de especial atenção e no serviço cumprem-se as recomendações normativas para a prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) (Direção Geral de Saúde, 2015). Assim, todos os doentes que vão ser submetidos a cirurgias tomam banho prévio com gluconato de clorohexidina a 2%, um na véspera e outro no dia da cirurgia. Do mesmo modo é realizada a higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0,2%, sendo o procedimento repetido em todos os doentes internados e com tubo endotraqueal, pelo menos uma vez por turno.

Ainda no campo da prevenção, e seguindo a norma supra citada, todos os doentes internados por um tempo previsível superior a 48 horas são submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes, pelo menos nos primeiros 5 dias após admissão.

Os procedimentos que visam a prevenção da pneumonia associada à intubação são respeitados na UCICT e visam prestar cuidados apropriados, oportunos e baseados em evidência, como de resto é divulgado no projeto STOP Infecção Hospitalar implementado no HNM. Estes procedimentos são de vital importância se atendermos a Lima (2007), citado por Vital, Bento e Duque (2010), quando afirma que a pneumonia associada a cuidados de saúde perfaz um total de 15% de todas as infeções associadas a cuidados de saúde, sendo a segunda infeção mais comum contraída no hospital e situando-se 24 a 27% nas UCI como o principal fator contribuinte a ventilação mecânica no doente com entubação orotraqueal.

Entre outros procedimentos existentes neste âmbito merece destaque a manutenção da cabeceira da cama em ângulo de 30°. Almirall, Liapikou, Ferrer e Torres (2012) referiram que o refluxo gástrico é um importante causador da pneumonia nosocomial e esta ser uma medida eficaz para a sua redução. Os mesmos aludem ao estudo de Drakulovic et al (1999) onde o risco de pneumonia foi diminuído em 78% nos doentes nesta posição em detrimento da posição supina. O destaque é extensivo à aspiração das secreções subglóticas, por ser um procedimento subvalorizado no SU.

No que concerne à unidade do doente, diariamente é confirmada a operacionalidade sendo reforçada quando há a informação de admissão iminente. Confirma-se a disponibilidade e funcionamento de todo o material e é montado o circuito do ventilador. Todo o material é individualizado, desde o destinado à infusão, à monitorização, à alimentação, à higiene e conforto e à ventilação. Quando acontece a alta do doente é realizada uma limpeza e desinfeção pormenorizadas pela assistente operacional sob supervisão do enfermeiro.

No segundo dia a prestação de cuidados recaiu sobre um doente em ventilação mecânica. Durante a cirurgia este havia sido induzido em coma anestésico, a paragem cardíaca e a Circulação Extra Corpórea (CEC), necessitando de ventilação mecânica até o restabelecimento da respiração espontânea e exigindo avaliação constante do seu padrão respiratório.

A maioria dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca são submetidos a CEC. Esta é realizada recorrendo a um circuito fechado de circulação extracorpórea em que o sangue rico em dióxido de carbono é drenado do sistema venoso e impulsionado por uma bomba

centrífuga através de uma membrana de oxigenação artificial, retornando oxigenado para o sistema arterial do doente. Este processo é controlado por um técnico perfusionista, no entanto é um aspeto a ter em consideração pelo enfermeiro pois o conhecimento das possíveis complicações possibilita um planeamento adequado dos cuidados de enfermagem minimizando os problemas como defendido por Torрати e Dantas (2012).

As mesmas autoras descreveram que a CEC pode provocar edemas, complicações respiratórias, aglutinamento de leucócitos com deposição na microcirculação, distúrbios neurológicos, insuficiência renal aguda, arritmias, baixo débito cardíaco, hemorragia, infeções, hiperglicemia entre outras. Estas complicações podem ser identificadas na forma de diagnósticos de enfermagem contribuindo para o incremento da qualidade dos cuidados prestados.

Invariavelmente os doentes submetidos a cirurgia cardíaca são submetidos a ventilação mecânica invasiva com TOT. Este é um método de suporte ventilatório que utiliza pressão positiva nas vias respiratórias de forma artificial promovendo a ventilação e oxigenação. Para prestar cuidados aos doentes com esta particularidade Vital, Bento e Duque (2010) referem que é essencial que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as modalidades e parâmetros ventilatórios a serem programados, de modo a garantir a monitorização e vigilância adequadas do doente. Os mesmos aludem a Padua e Martinez (2001) e acrescentam que a seleção do modo ventilatório apropriado depende das características clínicas do utente, do tipo de ventilador disponível e da experiência da equipa de saúde.

De acordo com Rodrigues et al (2010) a maioria dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca são extubados precocemente. Na mesma perspetiva Duarte et al (2012) relataram que a dependência da ventilação mecânica nestes doentes acontece geralmente num período curto, à volta de 24 horas após a cirurgia, devendo-se assim que possível iniciar o desmame do ventilador. Os mesmos autores referem que o uso de CEC provoca um aumento na resistência das vias aéreas, informação importante para a seleção dos parâmetros do ventilador.

No âmbito do desmame ventilatório, definido por Vital, Bento e Duque (2010) como a interrupção total e definitiva do apoio ventilatório no intuito de que o doente possa ser extubado e consiga manter de forma autónoma uma ventilação suficiente para garantir as trocas gasosas a nível pulmonar, colaborei na redução progressiva da sedação do doente sendo que à medida que este recuperou o estado de consciência foram sendo adaptados os parâmetros ventilatórios e posteriormente desconectado do ventilador, ficando com O₂ por “peça em T”.

Este procedimento foi abordado no estudo *Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica*, realizado por Arcêncio et al (2008) em que descreveram que o desmame da ventilação mecânica (transição da ventilação artificial para a espontânea) pode ser realizado alterando o modo ventilatório e que a triagem de pacientes aptos para a realização do teste de respiração espontânea deve ser realizada pelo fisioterapeuta.

Note-se que a constituição das equipas de saúde, a sua organização e funções de cada classe apresentam características que por vezes diferem consoante o país. Na UCICT esta triagem é realizada maioritariamente pelo enfermeiro prestador de cuidados em parceria com o enfermeiro especialista em reabilitação. Os mesmos autores continuam e relataram que o desmame pode evoluir para respiração espontânea sem assistência (tubo em T), como acontece na UCICT.

A atuação dos enfermeiros na UCICT está também de acordo com o preconizado por outros autores, pois desde que o doente se encontre “hemodinamicamente estável, desperto, responsivo, sem complicações neurológicas, normotérmico, com a dor controlada e sangramento mediastinal reduzido” (Duarte et al, 2012. p.660), procede-se à extubação o mais precocemente possível, de modo a diminuir a permanência do doente na UCI.

Como consequência do sucesso na transição do doente para a respiração espontânea, foi retirado o tubo orotraqueal pouco tempo depois. Isso fez-se com base na atuação e tomada de decisão do enfermeiro a quem é proporcionada autonomia, em concertação com a equipa médica. Este caso foi linear, mas Rodrigues et al (2010) descreveram que são comuns no pós-operatório alterações no padrão respiratório nomeadamente incoordenação muscular e diminuição da complacência pulmonar secundárias a alterações nas propriedades mecânicas do pulmão e da parede torácica, como tive oportunidade de observar posteriormente, levando a que a insuficiência respiratória após cirurgia cardíaca seja um fator importante de morbilidade pós-operatória.

São enfermeiros com imensa experiência que prestam cuidados na UCICT, todos os procedimentos são realizados tendo em consideração a evolução do doente e a resposta às sucessivas intervenções. No entanto, pode ser perigoso proceder à extubação sem a presença do médico, pois como constatarem Silva et al (2012) na investigação a *Falha de extubação orotraqueal após sucesso no teste de respiração espontânea* 10 a 20% dos doentes extubados evoluem com necessidade de reintubação e que isso pode elevar a mortalidade em até 50%. Entre os principais fatores associados à falha estão a idade superior a 65 anos e a presença de insuficiência cardíaca, critérios presentes na maioria dos doentes internados na UCICT.

A recomendação destes autores é que dada a elevada probabilidade de ser necessária a reintubação do doente deverá estar presente aquele que está habilitado a fazê-lo.

A análise aos resultados do estudo supra citado revela uma taxa de falha na extubação e de necessidade de reintubação elevadas e não coincidentes com a experiência profissional, a experiência ao longo do estágio e a da equipa da UCICT, os próprios autores concluem que a incidência de falha na extubação foi superior à encontrada na literatura.

No entanto no estudo desenvolvido por Hahn (2011) em que foi considerada a extubação com sucesso quando o paciente não necessitou de reintubação num período de 48 horas, de um total de 504 pacientes extubados 403 tiveram sucesso no processo de extubação da ventilação mecânica e 101 (20%) falharam no mesmo. Concluiu também que o grupo dos doentes com insucesso na extubação apresentou três vezes mais óbitos que o daqueles com sucesso. A autora referiu que os seus resultados foram de encontro aos valores descritos nos estudos da sua revisão de literatura, que foram desenvolvidos no final do século passado e início deste século revelando a escassez de estudos recentes nesta área.

Já mais antigo, o estudo de Khamiees, Raju, DeGirolamo, Amoateng-Adjepong & Manthous (2001) que incidiu sobre noventa e um pacientes e cerca de cem extubações revelou um total de 18 tentativas de extubação sem êxito. Estes autores fizeram referência à fraca resistência à tosse e à presença de secreções endotraqueais como fatores pré disponentes à falha na extubação, assim como a valores da hemoglobina iguais ou inferiores a 10 gr/dl.

Esta problemática foi discutida com os enfermeiros do serviço e embora seja do conhecimento geral os pressupostos apresentados pela evidência científica e se reconheçam os riscos inerentes, fiquei com a sensação de que não se perspetivam mudanças nos procedimentos. O que é relevante e foi abordado na generalidade dos estudos consultados é que o sucesso da extubação depende muito da avaliação do doente e da preparação para a mesma, o que é cumprindo na UCICT. Não obstante a problemática subjacente esta situação permitiu desenvolver a unidade de competência *otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, reconhecendo quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde*, sendo um item do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.

Os doentes em estado crítico algumas vezes não conseguem expressar a sua dor devido à sedação e à ventilação mecânica. De acordo com Herr et al (2006) a existência e a intensidade da dor são medidas pelo relato do doente. Os mesmos mencionaram que infelizmente alguns doentes não conseguem dar essa informação verbalmente, nem por

escrito ou por outros meios como piscar os olhos para dizer sim ou não. A incapacidade destes doentes para comunicar dor e desconforto é uma barreira significativa à avaliação da dor e ao desenvolvimento de intervenções adequadas ao seu controle.

A incapacidade de expressar a dor conduz ao risco de esta não ser tratada, como explicaram Marmo e Fowler (2010). Os mesmos autores referiram que a dor persistente afeta a maioria dos sistemas e pode até conduzir a dor crónica e aumento do tempo de internamento. No seu estudo concluíram que o conhecimento e uso de escalas de avaliação da dor certificadas são fundamentais para uma avaliação precisa. Embora na UCICT não esteja protocolado o uso de uma escala, os itens avaliados incluem a maioria daqueles descritos numa das três escalas usadas no estudo anteriormente citado, nomeadamente a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), que fez parte do meu material pessoal e que foi usada como guia na minha avaliação aos doentes. Os itens avaliados são a expressão facial, os movimentos corporais, a adaptação ao ventilador e se o doente estiver em respiração espontânea a vocalização e finalmente a tensão muscular.

Além dos cuidados direcionados diretamente à ventilação foram realizadas gasimetrias seriadas de modo a monitorizar os gases e eletrólitos, nomeadamente o potássio. As amostras de sangue arterial foram colhidas através do cateter arterial utilizado para a monitorização da PA. A manipulação foi realizada cumprindo todos os princípios de assepsia e manutenção do seu funcionamento.

Azeredo e Oliveira (2013) descrevem que a “monitorização intra-arterial” faz-se através da introdução de um cateter numa artéria e conectando esse cateter a um sistema de fluxo de alta pressão, com soro heparinizado. Esse método é usado quando é necessária monitorização contínua da PA do doente e além disso permite um acesso rápido para obter gasimetria arterial ou outras amostras laboratoriais. Os mesmos autores abordaram os cuidados de manutenção, dos quais destaco: manter o nível do transdutor no ponto de referência zero, conectar a uma infusão com baixa dose de heparina com pressão contínua, manter penso seco, estéril e compressivo no local, utilizar técnica assética na manipulação do sistema e restringir o cateterismo arterial ao tempo máximo necessário para o controle hemodinâmico do paciente (ideal 48h, limite de 4 a 5 dias).

As alterações do potássio detetadas na gasimetria são frequentes e alvo de reposições protocoladas. Esse foi um aspeto dificultador pois os protocolos são “informais”, ou seja, toda a equipa tem conhecimento dos mesmos mas não estão formalizados por escrito. Essa realidade conduziu à inquietação e posterior estudo e discussão do tema, pois o procedimento não se cingia às reposições de potássio. Assim mereceu destaque o estudo de Flaateen e

Hevroy (1999) desenvolvido na Noruega sobre erros em cuidados intensivos que revelou que os erros de administração de terapêutica via oral e endovenosa foram os mais frequentes. No mesmo contexto surgiu o estudo de Donchin et al (2003) que foi desenvolvido num Hospital de Israel e teve por objetivo identificar a natureza e causas do erro humano numa UCI. Ao longo de quatro meses foram identificados 554 erros humanos, entre os que foram declarados pelos profissionais (médicos e enfermeiros) e os observados pelos investigadores, concluiu-se que a maioria dos erros cometidos se devia a falhas de comunicação entre médicos e enfermeiros (37%).

Abordando a mesma problemática surgiu ainda o estudo exploratório-descritivo de Chianca (2006) cujo objetivo foi identificar os erros de enfermagem no pós-operatório de doentes cirúrgicos. Concluiu-se que os enganos baseados na informação e as relações entre os profissionais foram um aspeto identificado como importante determinante do erro.

A discussão sobre esta temática com os enfermeiros do serviço revelou que embora estes defendam que os cuidados são seguros neste aspeto, em consequência da boa relação entre a equipa e assente na experiência dos enfermeiros que ali prestam cuidados, concordam que a existência de documentos e prescrições mais formais seriam benéficas e facilitariam também a integração de novos enfermeiros e daqueles em estágio.

Noutra perspetiva da garantia de prestação de cuidados de enfermagem com rigor e assentes num planeamento individual e personalizado, a consulta das análises sanguíneas é rotineira de modo a acompanhar a evolução clínica do doente; nomeadamente dos parâmetros inflamatórios, coagulação, função renal, valores de hemoglobina e eletrólitos. O acompanhamento da evolução de valores laboratoriais é sempre relevante, ainda mais no doente crítico pois o comprometimento multi-orgânico pode ser precocemente detetado desta forma. Esse aspeto é ainda mais significativo se atendermos às alterações expectáveis relacionadas com a cirurgia e especificamente com a CEC.

A literatura consultada recomenda que no pós-cirurgia cardíaca devem ser realizadas avaliações diárias dos eletrólitos sanguíneos e que o médico deve restabelecer os níveis eletrolíticos de forma endovenosa se estiverem deficientes. Quando são dados diuréticos para reduzir a sobrecarga de volume, o potássio deve ser monitorizado de perto e os seus níveis restabelecidos conforme prescrito pelo médico (Arcêncio et al, 2008; Melo, Costa, Sudim & Hajjar, 2010). Foi comum a administração de diuréticos na UCICT para “manipulação” de balanço hídrico ou para diminuição da “pré-carga” e uma vez mais é dada “margem” ao enfermeiro para avaliar a necessidade de aumentar ou diminuir a dosagem de acordo com a evolução do doente e a discussão com o médico.

O estágio foi rico no desenvolvimento de competências na **gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos**. A articulação da medicação complexa, [Noradrenalina, Propofol, Morfina, Amiodarona (Administrada de acordo com as alterações do ritmo cardíaco), Enoxaparina (Administrada segundo os valores de INR) e outras] com a autonomia requerida exigiu um pensamento crítico imprescindível para relacionar os sinais, sintomas e valores analíticos do doente à sua situação clínica, antevendo a ação da medicação e eventuais efeitos secundários e tudo num *timing* que tem que ser simplesmente perfeito.

Ainda no campo das análises laboratoriais Arcêncio et al, 2008; Melo, Costa, Sudim e Hajjar, 2010 descreveram que deve-se determinar os níveis de hematócrito, hemoglobina e tempo de protrombina diariamente para conhecer a extensão da perda sanguínea ou hemorragia; o que acontece na UCICT. As amostras de sangue são colhidas pelo enfermeiro e regra geral recorre-se ao CVC.

Associado ao CVC está a monitorização da pressão venosa central que pode ser realizada por meio da ligação a um transdutor. É assim que se monitoriza a pressão cardíaca direita (pressão de enchimento do lado direito ou a pré-carga do ventrículo direito) e do estado de hidratação. Esta monitorização é direcionada para a avaliação da função cardíaca sendo que o CVC permite também a colheita de sangue e a infusão de medicamentos. Os cuidados com a manutenção e vigilância do CVC incluem o respeito pela técnica asséptica no manuseio do sistema, observação do local da punção para despiste de sinais inflamatórios, manutenção do local de punção com penso estéril, não deixar o cateter por mais que 5 dias e quando retirar utilizar técnica assética cirúrgica e fazer penso compressivo, retirando uma amostra de 5cm da ponta do CVC, para análise microbiológica (Azeredo & Oliveira, 2013).

No decorrer do estágio surgiu a oportunidade da prestação de cuidados a uma doente submetida a lobectomia, onde o principal foco de atenção foi a drenagem sanguinolenta pelos drenos introduzidos aquando a cirurgia. Foi monitorizada a hemorragia com registos horários, mas com vigilância ininterrupta e conjugada com a monitorização da PA, frequência cardíaca, frequência respiratória, diurese e estado de consciência de modo a despistar precocemente a instalação de eventual choque hipovolémico. A hemorragia regrediu e as perdas foram colmatadas com a administração de concentrado de eritrócitos. Este foi um dos vários casos em que foi desenvolvida a unidade de competência específica **presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**.

Além da prestação de cuidados a doentes críticos [submetidos a ventilação mecânica, com drenos torácicos (pleurais e mediastínicos), com monitorização invasiva, com

alterações de ritmo cardíaco, entre outras] houve a oportunidade de assistir a uma cirurgia de substituição de válvula aórtica por prótese biológica. Essa experiência foi enriquecedora não só por auxiliar o planeamento dos cuidados no período após a cirurgia, permitindo a visualização do posicionamento dos drenos e dos fios epicárdicos, do manuseamento das estruturas e tecidos intra torácicos, do uso de CEC, entre outras especificidades, mas também pela interação proporcionada durante a cirurgia com a equipa de serviço e ainda pela observação *in loco* da prestação de cuidados ao doente crítico em risco de vida durante a mesma. Mesmo sendo a equipa, o ambiente físico e o desenrolar da cirurgia desconhecidos foi automático o envolvimento no frenesim dos cuidados de emergência e colaborando na preparação de medicação, concluindo que as competências ganhas com a formação especializada permitem a atuação em qualquer situação, pois os procedimentos são uniformizados.

A oportunidade da visualização *in vivo* de todas as estruturas anatómicas e da fibrilhação ventricular proporcionou o ganho da perspetiva real do interior do tórax humano e da massagem cardíaca direta que pode ser necessário realizar em casos extremos.

No que concerne à **interação com enfermeiros de outras especialidades** saliento os especialistas em enfermagem de reabilitação, assistindo quase diariamente à execução dos exercícios respiratórios e mobilização dos doentes, procurando dar continuidade ao seu trabalho, nomeadamente na orientação dos doentes acerca da respiração e tosse eficaz, assim como no incentivo à mobilidade. O treino da auscultação pulmonar foi desenvolvido sob a orientação destes enfermeiros por serem os mais capacitados na área. Foi garantida a continuidade dos cuidados seguindo o plano individual realizado em parceria pelos enfermeiros de diferentes especialidades, consoante os problemas apresentados pelos doentes.

Na UCICT como nos restantes serviços do SESARAM os planos de trabalho seguem a CIPE. Esta classificação fornece uma linguagem comum para que os enfermeiros possam descrever o que observam e registar o que fazem. Assim procura-se a articulação da prática de enfermagem de modo a atingir o reconhecimento do seu vasto e diversificado domínio, com uma terminologia associada à tecnologia moderna disponível, de modo a universalizar quer a investigação como a sua aplicação clínica. Assim os resultados dos cuidados prestados aos doentes podem ser avaliados segundo os diagnósticos e intervenções de enfermagem, permitindo quantificar as intervenções de enfermagem e resultados das mesmas no doente (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Iniciada a transição do estado crítico, retiram-se drenos e estimula-se o doente à mobilização e ao auto cuidado. Esses procedimentos estão de acordo com o preconizado por Duarte et al (2012) no intuito de tornar o doente mais independente em relação ao enfermeiro, sendo reinserido gradualmente na rotina para satisfação das necessidades humanas básicas.

Essa evolução repercute-se diretamente na elaboração do plano de cuidados e prescrição de enfermagem. É essencial observar as necessidades do doente e os graus de dependência, de modo a determinar o nível de intervenção do enfermeiro. “A prescrição de enfermagem irá variar de acordo com cada paciente, respeitando-se os cuidados prioritários; deve ser redigida pelo enfermeiro de forma clara e objetiva, traduzindo a ação correspondente ao grau de dependência apresentado pelo paciente para a atividade proposta” (Duarte et al, 2012, p.663). Os mesmos autores abordam a importância da retirada dos restantes dispositivos invasivos (CVC, linha arterial,...) pois a evolução clínica do doente assim o determina e os princípios de controlo de infeção também aconselham a retirada dos dispositivos invasivos o mais precocemente possível. No entanto ressaltam que deve ser mantida a monitorização do balanço hídrico, o registo das infusões e dos débitos e o controle da diurese; o que acontece na UCICT. Inicia-se assim o processo de alta dos cuidados intensivos para o serviço de internamento.

O desenrolar do estágio proporcionou a participação nas discussões que se fazem na equipa (médicos e enfermeiros). Estas versam sobre a evolução do estado dos doentes e estratégias de tratamento mas também sobre o funcionamento e gestão do serviço. Foi oportuna a apresentação no formato de “Formação em serviço” de um trabalho de revisão integrativa desenvolvido na unidade curricular de investigação, sob o título: *O transporte do doente crítico a nível intra-hospitalar*. O problema subjacente é uma preocupação no serviço de cardiologia mas em especial na UCICT e UTIC, por serem serviços com maior prevalência de doentes críticos.

De uma forma geral foi abordado que o transporte de doentes em estado grave, pode ser prejudicial para o seu estado. No entanto a mudança pode ser necessária desde que resulte em alterações terapêuticas e/ou no prognóstico dos doentes, tendo em conta o benefício para a sua saúde. (Neves et al, 2000). Os mesmos autores descreveram que a mudança de doentes em estado grave resulta frequentemente numa deterioração significativa do seu estado, o que implica um conjunto de medidas regulamentadas para que se faça um transporte seguro e eficaz. Complementando a descrição anterior, Salvador e Fernández-Colina (2009) afirmaram que os doentes críticos exigem uma intervenção no seio de uma equipa

multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas, o que remete para o Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011) e elege o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica como o enfermeiro mais capacitado para o cuidado aos doentes com esta condição.

A exposição do tema foi muito bem recebida pelos enfermeiros dos três serviços e conseguimos uma discussão/reflexão em grupo indo ao encontro do que afirma Tojal (2011), que a formação em serviço apela ao conhecimento na ação e à reflexão sobre a ação e que esta surge como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho, de forma dinâmica e envolvendo todos os intervenientes. O mesmo releva o papel do enfermeiro chefe e do enfermeiro especialista (como responsável pela formação em serviço) afirmando que são fundamentais para o incentivo, motivação e dinamização da equipa, no intuito de conseguir a participação ativa da mesma na formação em serviço, melhorando assim o desempenho de cada um.

A participação do chefe da equipa médica evidenciou a boa relação na equipa de saúde e conseguiu-se evidenciar a competência do enfermeiro não só na prestação de cuidados aos doentes, mas também como elemento atento aos problemas e com capacidade de resolução dos mesmos recorrendo à evidência científica.

No seguimento das *competências comuns* e especificamente no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, assisti à apresentação do estudo de caso pela colega de curso. Foi uma oportunidade de crescimento para toda a equipa pois potenciou-se o alcance da pesquisa e pensamento crítico realizados e uma apresentação deste género aborda os pormenores oferecendo um espaço de discussão e reflexão.

Oportunamente foi realizado um estudo de caso fundamentado sobre uma doente cuja recuperação teve alguns retrocessos nomeadamente complicações a nível do ritmo cardíaco e da função respiratória, sendo também bastante difícil atingir o equilíbrio pretendido no balanço hídrico. Versou sobre uma cirurgia de substituição da válvula aórtica para resolver um problema de cansaço para pequenos esforços com evolução de dois anos que se tornou problemática aquando o aparecimento de angina de esforço. Aconteceram complicações no intra-operatório, após a interrupção da CEC e aquando do encerramento do tórax foi detetada fibrilhação ventricular com posterior paragem cardíaca e procedeu-se a desfibrilhação e massagem cardíaca diretas levando à rotura da parede anterior do ventrículo direito. Essa rotura foi tratada com recurso a retalho de pericárdio bovino.

Dada a situação, a contratilidade cardíaca foi afetada e a tolerância ao esforço diminuiu no período após a cirurgia. A doente verbalizou várias vezes arrependimento em relação à

decisão de ter realizado a cirurgia e a isto acrescia a ansiedade provocada pelo conhecimento da gravidade do seu estado e da possibilidade de não sobreviver. Esse sentimento é comum e agravado pelo fato da UCI ser vista como um lugar desconhecido, assustador e distante da família e da vida habitual (Duarte et al, 2012). Paralelamente aos cuidados técnicos complexos que a doente requeria procurou-se escutar as suas preocupações, esclarecer as suas dúvidas e apaziguar os seus medos, mesmo quando por tratamentos relacionados com a sua falência respiratória (tubo orotraqueal e ventilação não invasiva) a comunicação era menos fácil.

Não evitando a realidade e a situação crítica da doente direcionava-se o seu pensamento para as suas netas, recordações que a animavam e renovavam a força e esperança na recuperação e impulsionavam a sua colaboração quando solicitado nas mais diversas situações. A doente revelou também o que está descrito na literatura: a confiança no enfermeiro como aquele que atua no sentido do seu benefício, a expectativa de que ele realizará algo importante, a confiança na sua competência profissional (Nunes, 2011). Desenvolveu-se uma relação terapêutica, fortalecida pela ligação à família e pela permanência prolongada na UCICT. Está implícito assim o ganho de competências na unidades *assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica* e na *gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*.

A evolução clínica dessa doente exigiu estudo adicional para a compreensão das alterações no seu estado e dos tratamentos instituídos, de modo a garantir a qualidade na prestação de cuidados. Foi árdua a realização do plano de cuidados individualizado devido à necessidade constante de atualização do mesmo, o que determinou um aumento da complexidade do trabalho académico, mas o proveito em termos de experiência e de ganho de competências foi indiscutível.

A apresentação desse estudo no serviço deu lugar a discussão possibilitando a reflexão sobre problemáticas comuns, nomeadamente a avaliação inicial segundo o modelo de Nancy Roper e a elaboração dos diagnósticos segundo a CIPE.

No que alude à componente familiar no serviço, o horário restrito das visitas aliado ao desejo da família disfrutar de todos os momentos possíveis junto ao doente e à grande exigência dos cuidados ao doente, dificultam o estabelecimento da relação enfermeiro/família. A falta de tempo dos profissionais de enfermagem numa UCI para assistir a família, foi inclusivamente uma subcategoria identificada no estudo bibliográfico

de Ruedell et al (2010) e revela a influência do ritmo intenso de trabalho da equipa de enfermagem nas instituições hospitalares.

No contexto de prestação de cuidados considero como família o “conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior” (Dias, 2011, p.141).

Ao longo do estágio foi realizado o acolhimento das famílias, inclusivamente no espaço exterior aquando a primeira vinda ao serviço, de modo a preparar para a panóplia de equipamentos presentes e para o estado clínico do familiar internado. Os visitantes foram sempre acompanhados e foram esclarecidas as suas dúvidas, escutados os seus medos e celebradas as suas alegrias.

Neste âmbito foi marcante o contacto com as filhas de uma doente, havia uma que não mantinha relação com a doente nem com a restante família mas que telefonava para o serviço para indagar do estado da mãe. Foi proporcionada a escuta e mediação, abordando o assunto com a doente e outra filha em hora de visita, ficaram emocionadas e a reaproximação familiar aconteceu num contexto pouco comum.

Assim e de uma forma não convencional, aconteceu o preconizado por Kaakinen et al. (2010), citada por Campos (2014) no que impele o enfermeiro cuidar da família para diminuir a perturbação na mesma e permitir que dê mais apoio ao doente, pois quando os seus elementos se envolvem no processo de cuidar fortalecem as relações familiares e o efeito das intervenções é intensificado.

A situação foi peculiar já que a doença de um familiar remete regra geral para um acontecimento causador de *stress*, angustia, ansiedade e por vezes leva a crises familiares, como referem Frias, Godinho, Silva e Nunes (2013). Os mesmos autores descrevem que é importante o enfermeiro identificar as necessidades da família de modo a atuar de forma assertiva auxiliando-a a lidar com a situação da forma mais adequada. Na revisão integrativa da literatura que realizaram, identificaram três necessidades como sendo as mais importantes, nomeadamente e por ordem decrescente de importância: necessidade de informação, necessidade de segurança/apoio e a terceira necessidade da família identificada foi a necessidade de estar perto do doente. Os autores concluem então que os enfermeiros devem dirigir os seus cuidados não só às necessidades dos doentes, mas também dos seus familiares.

É com satisfação que comprovo que estes aspetos estiveram em evidência ao longo do estágio, o que revela ganho na ***unidade de competência específica gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.***

No decorrer do estágio surgiram experiências novas e relacionadas com as diferentes patologias apresentadas pelos doentes, proporcionando assim novos desafios, exigindo mais estudo, ponderação e capacidade de reação. Os doentes no pós-cirurgia de substituição valvular foram em maior número, contrariamente ao que foi descrito pela equipa do serviço e por Falcão (2011), de que a situação que mais frequentemente leva à cirurgia cardíaca é a revascularização e só depois a patologia valvular. A prestação de cuidados recaiu sobre doentes submetidos a cirurgia de revascularização, doentes pós PCR do serviço de cardiologia e doentes que tendo alta da unidade para a enfermaria tiveram agravamento do seu estado, nomeadamente um caso de vasoconstricção severa de extremidade superior secundária a injeção de dopamina em altas doses aquando a intervenção cirúrgica. Esteve também internado no serviço um doente com trauma torácico, após despiste de motorizada.

Houve lugar para a discussão de alguns documentos científicos sobre temas específicos de uma unidade de cuidados intensivo e foi com satisfação que constatamos que a nossa realidade não difere grandemente do preconizado em outras unidades em diferentes pontos do planeta, o que confirma a qualidade dos tratamentos e cuidados prestados na UCICT. Nomeadamente aquando a chegada do paciente à unidade há a passagem da informação relativa ao doente e procede-se a realização de eletrocardiograma e exames laboratoriais, como preconizado no trabalho *Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca* de Melo, Costa, Sundim e Hajjar (2010). Os mesmos autores recomendam que a monitorização do doente deve incluir termómetro, monitorização cardíaca, oximetria de pulso, CVC, PA invasiva e avaliação de pressão venosa central, como acontece na UCICT. Estes salvaguardaram a importância do desenvolvimento de protocolos adequados à realidade e à necessidade de cada serviço, partilhando de uma preocupação já abordada anteriormente neste trabalho. Além destes aspetos constatamos que a abordagem aos doentes nas situações de alterações comuns é semelhante e a importância dada à equipa multidisciplinar também.

No final do estágio foi realizada a auto avaliação e procedeu-se à apreciação da mesma em reunião conjunta com a professora e o enfermeiro tutor. Discutiu-se o ganho de competências próprias do enfermeiro especialista, de acordo com os objetivos delineados inicialmente e com o desempenho e evolução ao longo do estágio.

O pedagogo e agora doutor em educação Lima (2011) referiu que a autoavaliação é um processo que permite desencadear resultados internos que farão modificar estruturas na mente de quem a realiza e defendeu que com o passar do tempo ou ao mesmo tempo, a autoavaliação pode ajudar a modificar o olhar e o agir daquele que se autoavalia. É do mesmo

autor a ideia de que quando penso no que fiz, no que aprendi, como fiz e como cheguei ao que fiz e aprendi, então, verdadeiramente aprendi.

A pesquisa bibliográfica, a consulta de estudos, a discussão com os enfermeiros da unidade, as reuniões com a professora docente da unidade curricular, a realização e apresentação/discussão do estudo de caso fundamentado, a formação em serviço e as reflexões periódicas; foram as estratégias usadas para o ganho de competências propostas para o estágio II – Cuidados Intensivos, com base nos objetivos delineados.

2.3 Estágio III – Opção. Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UTIC)

A Unidade Curricular de Estágio III – Opção do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla um total de 375 horas, distribuídas por 210 horas de contacto (198 horas de estágio e 12 horas de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual do estudante.

A escolha do campo de estágio prendeu-se com o objetivo de desenvolver competências no âmbito dos cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica acometida de doença coronária, com o propósito de diminuição da mortalidade, morbilidade e promoção da qualidade de vida do doente, da sua família e da sociedade.

O estágio decorreu de 20 de Setembro a 24 de Outubro de 2016 e contemplou a passagem pelo SH e pelo BO, de modo a atingir alguns dos objetivos específicos.

Para promover o ganho de competências pretendido elaborei um Projeto de Autoformação sob o tema *Cuidar do doente crítico com coronariopatia*, resultado da preocupação com o doente acometido de doença coronária. Esta surgiu da prática profissional no SU e foi fundamentada nos dados oficiais do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direção Geral de Saúde (2016), na literatura e nas medidas organizativas existentes para o tratamento precoce.

Os dados oficiais revelaram que a taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes em Portugal continental em 2013 foi de 32.9 e o internamento por EAM totalizou 95.315 dias em 2014. Em relação à RAM o Instituto Nacional de Estatística (2016) mostra 177 mortes por doença isquémica do coração em 2014.

A literatura mostrou que a mortalidade associada ao EAM baixa significativamente quando o doente recebe cuidados de saúde adequados precocemente (Sheehy, 2001; Newby,

2005 e Santos, 2013) e a organização dos serviços facilita o socorro, nomeadamente a existência da VVC sob tutela da DGS, em vigor no HNM.

Um projeto de autoformação remete-nos para a ideia de preparação de aprendizagens significativas onde o formando ocupa o lugar central no seu processo formativo, quer no planeamento como na execução do plano, com o objetivo primordial de adquirir conhecimentos e competências em áreas que considera relevantes no seu percurso.

A pretensão original foi a de otimizar a assistência ao doente com EAM baseada na literatura, no conhecimento dos recursos existentes para o tratamento e no desenvolvimento de competências no contexto dos cuidados de enfermagem especializados. Isto porque o diagnóstico precoce, o encaminhamento correto e o tratamento em tempo útil são determinados pela perspicácia e competência do primeiro elo da cadeia de tratamento no intra-hospitalar nomeadamente o enfermeiro que acolhe o doente no SU.

Compreendemos melhor a importância desta primeira abordagem se considerarmos que sem acesso a cuidados de saúde diferenciados o óbito por EAM ocorre maioritariamente nas primeiras duas horas após o início dos sintomas, sendo que a mortalidade baixa significativamente quando o doente recebe cuidados de saúde adequados na fase inicial do enfarte (Sheehy, 2001, Newby, 2005 & Santos, 2013).

Na mesma perspetiva a Direção Geral de Saúde (2014) no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares destaca a necessidade de uma prestação de cuidados de saúde com qualidade apontando medidas organizativas, nomeadamente a VVC. Através dessa pretende-se a identificação e abordagem diferenciada do doente no contexto de urgência, sabendo que o fator tempo é crucial para o início do tratamento e posterior prognóstico.

Embora tenha sido o descrito anteriormente que impulsionou a opção pelos doentes com coronariopatia, o projeto também abordou outras situações, sendo o elo de ligação a dor torácica. A dor torácica é originada frequentemente pela diminuição do fluxo sanguíneo que provoca hipoxemia cardíaca e conduz ao desconforto torácico, como descreveram Newby, e Grubb (2005), sendo este sintoma usado para delimitar o campo de estudo/ação.

O projeto contemplou o estágio na UTIC que ocupa parte do 3º piso do HNM, onde também se encontram instalados o Serviço de Cardiologia e a UCICT. É uma unidade que conta com equipamentos e meios técnicos sofisticados que asseguram as funções vitais dos doentes com patologia coronária.

A equipa de enfermagem é comum ao Serviço de Cardiologia e UCICT, já descrita no ponto 2.2, tendo também dois elementos destacados para a unidade em cada turno.

A equipa médica e técnica é a mesma destacada para a urgência rotativamente e os elementos mais antigos que atualmente já não fazem urgência eram os que faziam há alguns anos, sendo assim já do meu conhecimento.

A UTIC conta com um assistente operacional em cada turno.

A unidade possui cinco camas em compartimentos individuais, sendo um deles destinado à colocação de *pacemaker* externo de urgência ou provisório e aos doentes com necessidade de hemodiálise.

Os compartimentos têm áreas que permitem fácil circulação e prestação de cuidados e contam na generalidade com luz natural proveniente de amplas janelas. A nível de material cada unidade conta com uma cama articulada com proteções laterais, mesa de apoio e cadeirão. Todas têm um monitor que possibilita traçado eletrocardiográfico de 12 derivações, leitura de tensão arterial invasiva e não invasiva, saturação de oxigénio e termómetro retal. Têm também equipamento para perfusões, sistema de aspiração e rede de oxigénio.

No centro da unidade fica a sala de trabalho de enfermagem com vista através de janelas de vidro para os compartimentos onde estão os doentes, permitindo uma vigilância contínua. Existem dois computadores em funcionamento e um ecrã maior onde se visualizam ininterruptamente os parâmetros dos monitores da unidade e das telemetrias dos doentes do serviço de cardiologia.

É nesta área que está sediado o carro de emergência com desfibrilhador e *pacemaker* externo. A medicação oral e injetável encontra-se em armários fechados e a roupa e material esterilizado para uso na unidade estão também acondicionados.

A seleção de lixo é cuidadosamente realizada e os materiais contaminados são levados pelo assistente operacional para a sala de descontaminação comum ao lado nascente do andar. A organização do material que necessita de esterilização é realizada no turno da noite e de manhã é recolhido pelo serviço responsável pela mesma.

Se fizer o paralelismo entre a unidade e as *guedlines* compiladas por Valentin e Ferdinand (2011) no trabalho *Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects* vemos que muitos dos aspetos abordados estão contemplados na UTIC. Assim temos que o doente pode ser visualizado em todos os momentos para facilitar a deteção de alterações no seu estado, o doente não pode ver outros doentes, a maioria dos quartos possui uma fonte de luz do dia. Os quartos são individuais salvaguardando a privacidade dos doentes, minimizando a contaminação e evitando o ruído. A sala de trabalho de enfermagem contempla farmácia com chave para medicação

estupefaciente, tem terminal de computador e visualização através de monitor da monitorização dos doentes e tem lavatório. Das recomendações não cumpridas na UTIC saliento a falta de um isolamento com antecâmara para lavar as mãos, calçar luvas e armazenar material.

A proveniência dos doentes é variada e contempla essencialmente o SU, o SH, a sala de exames e a consulta de cardiologia. Quanto às patologias apresentadas pelos doentes destacam-se:

EAM nas primeiras 48 horas de admissão.

Enfarte agudo do miocárdio não recente mas complicado.

Angina instável.

Insuficiência cardíaca grave que exige monitorização de cuidados intensivos.

Disritmias graves ou com potencial de risco, com perturbações de condução aurículo ventriculares com necessidade de implantação de *pacemaker*.

Embolia pulmonar grave.

Pós implantação de cardiodesfibrilhador automático interno.

Pós angioplastia coronária havendo necessidade de monitorização de cuidados intensivos por potenciais complicações relacionadas com a administração de fármacos.

Aquando a melhoria/estabilização do doente, este é transferido, impreterivelmente, para o serviço de cardiologia, diz-se que o doente é transferido “para a enfermaria” tal é a simbiose dos serviços.

Embora a maioria dos doentes ao longo do estágio não tenham apresentado risco de vida iminente, todos tinham alterações cardíacas que careciam de vigilância e despiste contínuo de potenciais complicações entrando assim na definição de doente crítico.

Foram vários os doentes provenientes do SU pela VVC. O denominador comum foi a dor torácica e a elevação do Marcadores de Necrose do Miocárdio (MNM). A dor torácica é sem dúvida o motivo major que impulsiona o doente com coronariopatia a dirigir-se à urgência. Como exemplo houve um doente que tentou tratar-se com *Gasvicon* atribuindo a dor a origem gástrica embora tivesse EAM prévio com sintomatologia semelhante, outro que tentava negar a evidência destacando a dor no braço esquerdo em detrimento da dor torácica, a realidade é que ambos relacionaram a dor torácica com a coronariopatia e foi o que os levou a recorrerem ao SU.

A avaliação da dor e a adoção de medidas para o seu controle foi um objetivo delineado embora na UTIC a incidência e prevalência da dor são menos frequentes do que imaginava. O tratamento precocemente instituído faz com que assim seja, mas isso não invalida o

questionar rotineiro do doente acerca da presença de dor ou desconforto torácico. O Acetilsalicilato de lisina intravenoso, o ácido acetilsalicílico oral, o Nitromint sub-lingual, o Clopidogrel ou o Ticagrelor orais e eventualmente a Morfina intravenosa são agentes farmacológicos administrados no SU e que de formas distintas fazem com que o doente chegue à UTIC sem dor ou com dor ligeira. Na UTIC os fármacos mais utilizados no combate à dor são o Dinitrato, o Paracetamol e a Morfina.

No decorrer do estágio houve uma doente que referiu dor torácica intensa de início súbito, aguardava a realização de cateterismo cardíaco após entrada no dia anterior no SU pelo mesmo motivo. Foi administrado 1 comprimido de Nitromint sub-lingual e prontamente solicitado e realizado um ECG de 12 derivações de modo a despistar eventual agravamento da sua situação clínica. Permaneci junto à doente apelando ao repouso e à diminuição da ansiedade, garantindo que estávamos preparados para dar-lhe toda a assistência de que necessitasse. A doente ficou menos ansiosa, a dor regrediu e o ECG não revelou alterações. Posteriormente a coronariografia revelou que não existia doença dos vasos levando à confirmação do diagnóstico apontado inicialmente de doença de Takotsubo.

A doença de Takotsubo foi um dos temas de pesquisa que surgiu durante o estágio. Isso permitiu a prestação de cuidados fundamentados garantindo a confiança da doente no tratamento e na completa recuperação da sua saúde. O ganho de competências da enfermeira foi presenteado com o sorriso da doente quando se preparava para regressar a casa para cuidar do marido, aquele que “lhe partiu o coração” quando lhe disse que padecia de doença oncológica.

A doença de Takotsubo, também denominada por síndrome do coração partido, foi descrita pela primeira vez em 1990 na população japonesa, o seu nome deve-se à comparação com a forma que o ventrículo esquerdo assume durante a sístole, fazendo lembrar o “Takotsubo”, um dispositivo usado no Japão para aprisionar polvos (Hoekstra, Reis, Ribeiro & Costa, 2014). Estes autores descreveram a doença como uma desordem transitória e segmentar do ventrículo esquerdo reversível na ausência de coronariopatia obstrutiva, frequentemente causada por *stress* intenso e que representa um quadro idêntico ao EAM.

O tratamento visa essencialmente a resolução da isquémia cardíaca recorrendo a medicação até à recuperação da função cardíaca. A maioria dos doentes tem um excelente prognóstico com o desaparecimento completo dos sintomas e das alterações electrocardiográficas, dos biomarcadores cardíacos e das anomalias de movimentos ventriculares em seis a oito semanas, o traçado ECG pode demorar anos até normalizar. A mortalidade intra-hospitalar é inferior a 2%. (Nóbrega & Brito, 2012).

A pesquisa bibliográfica sobre os aspetos mais relevantes para a prestação de cuidados ao doente com coronariopatia foi realizada no âmbito da realização do projeto de auto formação, assim foi abordada a fisiopatologia cardíaca, o síndrome coronário agudo, a epidemiologia, fatores de risco, sistemas de triagem, avaliação diagnóstica, tratamento da cardiopatia, complicações da cardiopatia isquémica e cuidados de enfermagem direcionados ao doente com cardiopatia.

A essa pesquisa inicial foram anexadas outras sempre que necessário nomeadamente por surgirem doentes com patologias pouco conhecidas como a doença de Takotsubo, por necessidade de aprofundar conhecimentos na interpretação dos traçados de ECG, nos cuidados a ter na administração e controle de medicação e também na manipulação de alguns dispositivos como a TR Band. Assim houve ganho ao nível das **competências comuns do enfermeiro especialista** nomeadamente no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, mais especificamente no **suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade**.

De modo a melhorar a interpretação do ECG foi realizada pesquisa bibliográfica, mas a observação e discussão *in loco* com os enfermeiros peritos e com alguns cardiologistas foi fundamental. Esta dinâmica proporcionou o ganho de competências e despertou para a existência de variáveis que comprometem a interpretação assertiva em algumas situações, até pelos profissionais mais treinados e competentes. Neste ponto aos doentes atribuídos em cada turno acrescia a responsabilidade de auxiliar na observação do monitor da sala de trabalho onde são monitorizados todos os doentes da UTIC e alguns do serviço de cardiologia.

O ECG padrão é composto por 12 derivações que registam a atividade elétrica no coração a partir de 12 pontos diferentes. A posição da derivação do ECG define qual a zona do coração representada pelo sinal eletrocardiográfico e cada derivação fornece uma imagem única dos impulsos elétricos transmitidos do coração para a superfície do corpo (Lipman & Cascio, 2001). Estes autores descreveram que as alterações no ECG fornecem informações quanto ao local de oclusão da artéria coronária, à isquemia do miocárdio e à presença de necrose tecidual.

Na mesma perspetiva Newby e Grubb (2005) explicaram que os doentes com angina estável podem apresentar infradesnívelamento do segmento ST, mas este segmento pode subir na angina instável, na angina Prinzmetal e na pericardite. O supradisnívelamento do segmento ST ocorre minutos após a oclusão de uma artéria coronária, podendo manter-se elevado durante 24 horas. A inversão da onda T ocorre 6 a 24h após a oclusão e pode manter-

se durante meses a anos, sendo secundária a isquémia. As ondas Q patológicas com uma duração superior a 0,04 segundos e pelo menos 25% da altura total do QRS surgem no espaço de 24 horas e indicam a morte irreversível das células do miocárdio.

Ao longo do estágio houve sempre o cuidado de ouvir atentamente a passagem de turno de modo a seleccionar um doente cuja história clínica fosse mais relevante para o ganho de competências pretendido. Essa seleção foi sempre realizada após uma breve discussão com a enfermeira tutora, já que a sua experiência aliada aos objetivos para o estágio revelaram ser bons parceiros. Assim em cada turno houve um doente atribuído mas trabalhando em equipa, com entajuda constante.

Um fator comum à maioria dos doentes internados na UTIC é a monitorização dos MNM. Segundo Urden, Stacy e Lough, (2008) os biomarcadores cardíacos são doseados no sangue periférico e incluem a creatinina kinase (CK), a forma híbrida (CK-MB) que é específica do miocárdio, troponinas, mioglobina, desidrogenase láctea (LDL) e aspartato aminotransferase (AST). Estes marcadores são genericamente controlados nos doentes admitidos na unidade de modo a determinar a magnitude da lesão miocárdica, a sua evolução e eventual necessidade de ajustar o tratamento. Aos enfermeiros cabe garantir que as amostras sanguíneas são colhidas e enviadas ao laboratório e promover o repouso do doente no leito de modo a minimizar o trabalho cardíaco.

A atividade física a ser realizada pelo doente é planeada pelo enfermeiro após consulta dos resultados analíticos nomeadamente dos valores de MNM, sendo avaliado se os valores estabilizaram, estão em regressão ou aumentaram. Isto integra-se na área das **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** no que diz respeito ao **demonstrar conhecimentos e aplica-los na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes no domínio das aprendizagens profissionais**.

Foram também prestados cuidados a doentes submetidos a cateterismo cardíaco, existindo um manual de procedimento do serviço que engloba a sequência da preparação do doente, a informação relevante a dar ao doente e família, os cuidados a ter após o cateterismo e ainda recomendações para a alta.

O facto de muitas das coronariografias serem programadas proporcionou a oportunidade de preparar os doentes. Foram explicados os procedimentos, realizada a preparação física com a prestação de cuidados de higiene geral, realização de tricotomia bilateral na zona da coxa e remoção de próteses dentárias. Foi confirmada a existência de CVP no membro superior esquerdo de modo a facilitar o seu acesso na sala de hemodinâmica, pois a intervenção é realizada preferencialmente no lado direito. Foi

garantido o jejum de pelo menos seis horas e administrado Diazepam sub-lingual antes do transporte para o SH.

Ao longo de toda a preparação física e explicação técnica do procedimento o enfermeiro permanece numa posição privilegiada de proximidade ao doente e família para perceber as suas dúvidas e medos transmitidos de forma subtil pelo olhar vago, pelo gracejar com a gravidade da situação ou pela troca de olhares entre eles. É nestes momentos que o enfermeiro pode atuar na sua faceta mais humana mas conhecedor da ciência, incentivando a verbalização de dúvidas, medos e promovendo a exteriorização dos reais sentimentos. Houveram familiares que questionaram fora da unidade para não preocupar o doente, alguns doentes esperaram a família ir embora para os poupar ao seu sofrimento.

Não sendo esta uma intervenção inócua, é imprescindível que o doente seja informado acerca do exame nomeadamente dos riscos e complicações potenciais, de modo a assinar o consentimento informado. No caso de o doente não estar em condições de o fazer é um familiar incumbido dessa decisão. Sendo o cateterismo um ato médico não invalida a intervenção do enfermeiro já que além de prestador direto é elemento da equipa multiprofissional e está contemplado no código deontológico do enfermeiro o trabalho em articulação com os restantes profissionais de saúde.

No que diz respeito ao direito à autodeterminação a Ordem dos Enfermeiros (2015) determina que o enfermeiro deve assumir o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem e que deve respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado. Na mesma perspetiva Nunes (2001) aborda a tomada de decisão na vertente do planeamento dos cuidados a uma pessoa competente e capaz de decidir, defendendo a obrigatoriedade do seu acordo e consentimento livre e esclarecido.

Cabe ao enfermeiro gerir a informação de modo a abordar o que é relevante para as tomadas de decisão conscientes, o que o doente e/ou família querem ou não saber e ser sensível o suficiente para adaptar a linguagem e o tipo de informação às pessoas com diferentes personalidades, formação e fase de vida.

Os enfermeiros desempenham um papel relevante no aspeto relacional, tanto no envolvimento da família como no apoio psicológico e afetivo ao doente internado. Segundo Newby e Grubb (2005) o enfermeiro deverá ser empático de modo a decifrar as dúvidas e medos do doente e utilizar uma abordagem calma e atenta dando oportunidade ao doente para expor os seus receios, sendo a explicação de vários aspetos decisiva na redução da ansiedade. A linguagem deve ser simples quando se explica os exames que serão realizados ou quando se foca os aspetos que o doente quer ver esclarecidos. Como a ansiedade afeta a

capacidade de recordar a informação, sempre que possível o doente deverá estar acompanhado de um familiar. A regra mantém-se para a família já que a falta de informações e a incerteza contribuem para a ansiedade também na família.

Assim está inerente o ganho de competências na área da ***gestão da comunicação interpessoal fundamentando a relação terapêutica com o doente e com a sua família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.***

Ainda na primeira quinzena do estágio houve a oportunidade de preparar e acompanhar um doente ao SH, assistindo de forma integral ao processo de cateterismo cardíaco com coronariografia, angioplastia, implantação de *stents* e posterior regresso à unidade continuando a prestação de cuidados até à retirada dos pensos compressivos no *timing* previsto. O doente em questão foi avaliado pelo cirurgião cardiotorácico durante a realização do procedimento e foi posteriormente submetido a cirurgia para *bypass* de uma das artérias, com doença num nível muito avançado.

Nos doentes submetidos a cateterismo cardíaco há que garantir que compreendem e cumprem as recomendações para minorar o risco de complicações. O ensino é iniciado antes do procedimento e lembrado logo após o mesmo e durante a permanência na sala de recobro. O facto de ser uma situação de *stress* para o doente pode influenciar na capacidade de interiorização da informação dada, pelo que a mesma é repetida nos diferentes contextos.

Nesses doentes pode haver potencialização do risco de hemorragia quando à heparina administrada durante o cateterismo cardíaco associam-se os antiagregantes em perfusão após a angioplastia/implante de *stents* nomeadamente o *Reopro*. Embora durante o estágio não tenham ocorrido complicações na administração deste medicamento, o protocolo existente na UTIC recomenda que se houver sangramento refratário deve-se suspender a perfusão e depois iniciar transfusão de plaquetas já que a normalização da agregação plaquetária só acontece 24 a 36 horas após o término da infusão. É evidente a responsabilidade do enfermeiro como profissional com conhecimentos e capacidade de atuação de forma independente e interdependente neste contexto. É uma mais uma das situações que requer a ***gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos***, uma das unidades de competência daquelas ***Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.***

De modo a contextualizar os cuidados de enfermagem anteriores e posteriores ao cateterismo cardíaco foram dedicadas 15 horas a estágio no SH. Ali houve a oportunidade de assistir e colaborar na realização de vários cateterismos cardíacos com abordagem pela radial e outros pela femural, a angioplastias e colocação de *stents* e ainda à colocação de um

pacemaker definitivo. Além dos exames/tratamentos foi prestada colaboração na receção e preparação dos doentes e na sala de recobro.

A experiência anterior ao estágio em relação ao SH resumia-se aos casos de EAM transferidos desde o SU no contexto de VVC. Apenas havia realizado a preparação, o transporte, colaborando na transferência e eventualmente na monitorização sendo que o procedimento posterior era pouco conhecido pois o doente ficava ao cuidado da equipa do serviço.

De acordo com Newby e Grubb (2005) a cateterização cardíaca é executada numa sala de diagnóstico imagiológico, sendo um procedimento eletivo em doentes hospitalizados em situação de instabilidade clínica e tendo como principal indicação o diagnóstico e/ou tratamento das artérias coronárias.

No manual de procedimento relativo ao doente submetido a cateterismo cardíaco do HNM, temos que este

é um exame complementar de diagnóstico invasivo, realizado através da introdução de um cateter num vaso sanguíneo até ao coração e permite uma avaliação mais correta sobre o diagnóstico (*cateterismo cardíaco de diagnóstico*) e tratamento da doença cardíaca (*angioplastia PTCA*). (Serviço Regional de Saúde, 2010, p.2)

O cateterismo cardíaco com coronariografia permite avaliar a anatomia, a fisiologia e a vascularização cardíaca, assim como determinar a extensão e a gravidade da cardiopatia orientando para o plano terapêutico mais adequado como explicou Santos (2013).

Após a observação das artérias coronárias através da injeção de contraste seguido por avaliação radiológica continua, pode-se visualizar o local preciso da obstrução responsável pela diminuição da perfusão miocárdica. De acordo com Carrageta (2010) o tratamento de reperfusão mecânica (angioplastia) é o ideal para a destruição do trombo oclusivo que provoca o enfarte. O mesmo autor explicou que a angioplastia consiste na introdução de um cateter com um pequeno balão posicionado na zona de estenose da artéria, sendo insuflado no sentido de esmagar o coágulo ou placa de ateroma. É feito então um reforço na zona alvo de intervenção com a colocação de um *stent* (pequena jaula de metal) para manter a artéria aberta.

A abordagem femoral é segundo Brodie e Mann (2006) usada com maior frequência porque permite a passagem de cateteres de maior calibre, no entanto a abordagem radial é a mais comum no SH pois o risco de hemorragia local é menor e a recuperação da autonomia do doente é rápida nomeadamente a deambulação.

Na sala de recobro os doentes são monitorizados sendo a vigilância de sinais vitais, do traçado de eletrocardiograma, do local de punção, das possíveis alterações neurocirculatórias no membro puncionado e do cumprimento do repouso da responsabilidade do enfermeiro. Segundo Brodie e Mann (2006) as complicações mais frequentes do cateterismo cardíaco estão relacionadas com o local de acesso podendo a hemorragia e o hematoma ocorrer em cerca de 3 a 5 % dos doentes e sendo geralmente resolvida de modo conservador. A vigilância dos doentes continua na UTIC, sendo a retirada dos dispositivos de compressão da radial (TR-Band) e dos pensos compressivos da femoral da responsabilidade do enfermeiro seguindo as orientações em vigor no serviço, não tendo ocorrido nenhuma intercorrência durante o estágio.

A fase pós cateterismo exige do enfermeiro a capacidade de antecipar eventuais focos de instabilidade, estando em prontidão para a eventualidade de uma situação emergente pois é uma fase de potencial alteração do estado clínico.

Não houve nenhuma admissão no SH de doentes vindos diretamente do SU ao longo do estágio. Embora os procedimentos sejam idênticos a dinâmica seria distinta, pois o facto de ser uma situação emergente obriga a agilizar todos os procedimentos e a interação com o doente e família seria mais difícil.

Isto é relevante se considerarmos que a terapêutica de reperfusão é responsável pela diminuição da mortalidade quando efetuada na primeira hora com o objetivo de restaurar o fluxo sanguíneo à zona comprometida do coração e resgatar a maior área possível do miocárdio aos efeitos nefastos da necrose como descreveu Santos (2013), embora possa ser realizada até as 12 horas desde o início dos sintomas. É então importante manter a calma perante o doente e família de modo a transmitir-lhes segurança de modo a confiarem no sucesso do tratamento assim como sentirem que são uma parte integrante no processo e como tal merecem a nossa atenção de uma forma holística, técnica e humana.

Ao longo do estágio o acompanhamento nas transferências entre a UTIC e o SH foi comum, sendo realizado de forma segura. Meneguín, Alegre e Luppi (2014) descreveram que o transporte de pacientes críticos no intra-hospitalar está associado à realização de exames diagnósticos ou terapêuticos, exigindo a substituição de equipamentos de suporte, de monitorização e a continuidade da infusão de medicamentos.

O transporte entre a UTIC e o SH é na maioria das situações um evento crucial para a melhoria do estado clínico e determinante para a sobrevivência e futura qualidade de vida do doente. Embora crie um período de instabilidade e riscos para o doente devido à

possibilidade de alterações fisiológicas e devido ao tempo de transporte, deve-se ponderar o risco /benefício para o doente, como defendem Pedreira et al (2014).

O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros no parecer nº 87/2012 descreveu que os cuidados de qualidade são um direito do doente e que têm na segurança uma componente crítica, o que pressupõe que o transporte seja feito com o menor risco e a maior segurança para o doente. Nos transportes afetos à UTIC a monitorização do doente é garantida e o acompanhamento é realizado por um enfermeiro experiente o suficiente para lidar com situações de agravamento do seu estado clínico. Cumpre-se assim o requisito de formação e experiência dos profissionais descritos como fundamentais para a realização do transporte com a eficiência e a eficácia desejadas descritos por Meneguín e Luppi (2014).

O problema detetado nesta área prende-se com o tempo de espera pelo elevador, este serviço necessita de acesso prioritário como de resto acontece no SU, UCIP e BO.

Gerou-se a discussão na equipa e a realidade é que partilham da mesma opinião mas não existem soluções previstas pois o que consta é que os problemas técnicos envolvidos são de difícil resolução. A preocupação tem fundamento pois Bérubé *et al* (2013) afirmaram que quanto maior o tempo que o doente passa fora do serviço maior o risco de sucederem acontecimentos adversos pondo em risco a sua segurança e Valentin e Ferdinand (2011) descreveram que os elevadores para unidades de cuidados intensivos devem ter chave própria para transporte de doentes.

Foram dedicadas cerca de oito horas para a prestação de cuidados a doentes submetidos a exames diagnósticos. Estes foram realizados no serviço de cardiologia, numa sala contígua ao mesmo e onde são admitidos doentes provenientes do ambulatório e do internamento. Foi prestada colaboração na prestação de cuidados de enfermagem na realização de três ecocardiogramas transesofágicos, dois dos quais recorrendo a contraste com “soro agitado” e onde se diagnosticaram alterações no septo inter-auricular em duas doentes com diagnóstico de “AVC no jovem”. Foi Teresa Cardoso (2016), coordenadora do Núcleo de Estudos de Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que nomeou as alterações cardíacas estruturais como uma das mais importantes causas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) no jovem.

Além dos aspetos técnicos e da monitorização rigorosa de eventuais alterações de ECG, da PA e de sintomas referidos pelo doente, a componente ansiosa do doente que deseja um diagnóstico favorável e a impaciência dos familiares que aguardam fora da sala devem merecer a atenção do enfermeiro. Assim foi prestada informação à família antes e após o

exame e foi inclusivamente proporcionada a entrada precoce de um marido bastante preocupado com uma doente jovem que havia sofrido um AVC recente.

Foi também prestada colaboração na realização de um ecocardiograma de *stress* onde o doente submetido a aumento do trabalho cardíaco induzido por medicação acusou sintomatologia igual aquela de que se queixava aquando esforço físico nos seus afazeres diários. Esse exame requer grande atenção por parte do enfermeiro pois a medicação usada rapidamente provoca alterações importantes no trabalho cardíaco e a mesma deve ser minuciosamente controlada, assim como a administração do antidoto prontamente iniciada.

No manual de procedimento do HNM relativo ao doente submetido a ecocardiografia trans-esofágica podemos ler que

É um exame auxiliar de diagnóstico seguro que nos permite diagnosticar as causas mais comuns da doença cardíaca. É efetuado através da introdução de uma sonda multiplanos no esófago, até ao nível do coração e porção superior do estômago. A visualização das imagens é obtida através do ecógrafo, aparelho onde está ligado a sonda que possui um endoscópio flexível com um transdutor de ultra-som, permitindo a obtenção de imagens de melhor qualidade e mais detalhadas (Serviço Regional de Saúde, 2010, p.2).

O ecocardiograma transesofágico compreende a introdução de uma sonda de ultra sons através do esófago, de modo a realizar um ecocardiograma com imagem e *Doppler* através da aurícula direita, conseguindo assim uma melhor visualização de todas as estruturas cardíacas (Meneguín & Luppi, 2014).

A avaliação de valvulopatias, pesquisa de fontes embólicas, diagnóstico de complicações de endocardite infecciosa, avaliação da aorta, avaliação de trombos e massas cardíacas, são as indicações para a realização deste tipo de abordagem, segundo os mesmos autores.

Já o ecocardiograma de *stress* foi descrito por Newby e Grubb (2005) como a avaliação da função cardíaca durante o *stress* farmacológico, consistindo na administração venosa de agentes inotrópicos como o Dipiridamol ou a Dobutamina que fazem aumentar o ritmo cardíaco. Assim o desempenho contrátil do coração é avaliado em planos distintos quer em repouso como durante o aumento do *stress*, de modo a avaliar o aparecimento ou aumento de movimentos anormais da parede do miocárdio em condições de *stress*.

No futuro quando for solicitado esclarecimento por doentes ou seus familiares nesta área a experiencia adquirida irá permitir explicar aliviando a sua ansiedade e preparando-os para o exame, pois o ganho de competências nesta área foi inequívoco. Será também sistematizada a recolha de informação importante para a tomada de decisões em casos de emergência, nomeadamente antecedentes pessoais, medicação habitual, peso e altura do doente, entre outros.

Anteriormente foi abordada a avaliação pelo cirurgião cardiotorácico de um doente aquando a realização de cateterismo cardíaco, sendo decidida intervenção cirúrgica nomeadamente *bypass*. Este é o procedimento de “fim de linha” no que concerne ao tratamento de reperfusão, quando a gravidade da doença das artérias coronárias exige a sua substituição. Era um dos objetivos e foi possível assistir *in loco* a uma cirurgia de *bypass* simples da artéria mamária interna a coronária onde após esternotomia mediana primária foi realizada a disseção eskeletonizada de ambas as artérias mamárias internas e posterior abertura e suspensão do pericárdio. Foram colocados *shunt's* intracoronários e suturadas anastomoses da artéria mamária esquerda na artéria descendente anterior medida e da mamária interna direita na artéria coronária direita.

A revascularização é a situação que mais frequentemente leva à cirurgia cardíaca (Falcão, 2011), o que acontece no HNM segundo informação recolhida junto dos cirurgiões e enfermeiros da UCICT.

A experiência foi enriquecedora na perspetiva da melhor compreensão do tratamento cirúrgico da doença das artérias coronárias, auxiliando no planeamento de cuidados ao doente e família de modo a estarem elucidados sobre o que vai acontecer no pós-cirurgia e ajudá-los a se prepararem para essa fase. Como já havia acontecido no estágio anterior toda a equipa presente no BO deu o seu contributo para que a experiência fosse enriquecedora explicando os procedimentos e esclarecendo as dúvidas.

Na *III Diretriz Sobre Tratamento Do Infarto Agudo Do Miocárdio*, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004) está descrito que no tratamento do EAM as situações que necessitam de revascularização cirúrgica eletiva devem ser tratadas nos 3 a 7 dias após o episódio e englobam os pacientes que apresentam lesão de tronco de coronária esquerda, doença triarterial, doença biarterial com estenose proximal do ramo interventricular anterior ou doença biarterial não passível de tratamento por angioplastia percutânea e com comprometimento importante da função ventricular. Abordam-se estudos que falam em revascularização cirúrgica eletiva em 10% dos doentes e noutro a 8,6% daqueles submetidos a terapêutica trombolítica.

Este é assim o último recurso no que diz respeito aos tratamentos disponíveis para o tratamento da doença das artérias coronárias, felizmente disponível na RAM e com uma equipa de saúde presente em todas as fases da doença de um profissionalismo, entrega e humanismo contagiantes e facilitadoras da aprendizagem ao longo do estágio.

No que concerne a situações de atuação urgente na UTIC foi admitido um doente vindo do SU em bradicardia, tendo essa sido associada à medicação do ambulatório nomeadamente

Amiodarona. A informação disponibilizada pelo Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde) aponta a bradicardia como um efeito secundário frequente do tratamento com Amiodarona. Esse doente apresentava uma situação de risco iminente de paragem cardíaca, requerendo uma atuação rápida e incisiva em colaboração com a equipa médica de modo a salvaguardar a sua vida. Assim foi possível assistir e colaborar na inserção de *pacemaker* provisório. Foi contemplada a unidade de competência ***prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica***, sendo parte das ***Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica***.

O *pacemaker* está indicado numa infinidade de casos desde a bradicardia sinusal sintomática que não responde à atropina, no bloqueio auriculoventricular de segundo grau, num bloqueio novo do ramo esquerdo, num bloqueio novo de ramo direito com bloqueio anterior esquerdo ou fascicular posterior, no bloqueio cardíaco completo e no extremo em alguns casos de assistolia. O *pacemaker* é um dispositivo eletrónico que emite um estímulo elétrico ao coração determinando a sua despolarização e a consequente contração do miocárdio, quando o seu próprio sistema elétrico falha. Estes estímulos podem ser aplicados nas aurículas ou nos ventrículos. O *pacemaker* faz essencialmente duas coisas: capta o ritmo próprio do doente e envia sinais elétricos se o ritmo intrínseco do doente se tornar muito lento ou inexistente, ou seja, envia impulsos elétricos ao longo dos fios que saem do dispositivo para o músculo cardíaco garantindo uma frequência cardíaca adequada à manutenção do débito cardíaco (Newby & Grubb, 2005).

Existem diferentes tipos de *pacemaker*:

Pacemaker transcutâneo ou transtorácico: – constituído por duas pás de elétrodo descartáveis e adesivas que são fixadas no tórax e conectadas a um aparelho desfibrilhador ajustado no modo *pacemaker*. Muito usado nas emergências, de aplicação simples e fácil, devendo ser utilizado até que um dispositivo transvenoso ou definitivo seja providenciado.

Pacemaker transvenoso – composto por uma bateria externa onde o coração é estimulado por meio de impulsos elétricos gerados por um cabo-elétrodo, colocado geralmente dentro do ventrículo direito, sendo inserido por um acesso venoso central.

Pacemaker definitivo – é um dispositivo totalmente implantado, onde a bateria se localiza no subcutâneo e os fios bicamerais são posicionados na aurícula e no ventrículo. Necessita de ser colocado através de procedimento cirúrgico.

Na área da observação, discussão e realização de planos de cuidados a doentes com patologia cardíaca a interação com vários enfermeiros proporcionou experiências enriquecedoras. Foi particularmente interessante trabalhar com a enfermeira responsável pelos Registos Eletrónicos de Enfermagem vulgarmente conhecido como “Elo de ligação da CIPE”, proporcionando a discussão dos diagnósticos de enfermagem mais comuns na unidade e consultado as estatísticas. Os focos predominantes desde o início do ano de 2016 até ao final do estágio foram o Cuidar da higiene pessoal e Arritmia, mas a interação com a equipa revelou que o diagnóstico Ansiedade atual é frequente embora em termos estatísticos esteja na segunda metade da tabela. De acordo com Lima, Pereira e Chianca (2006) a padronização dos diagnósticos de enfermagem permite orientar os cuidados prestados uniformizando a terminologia usada para nomear os problemas dos doentes sobre os quais os enfermeiros irão atuar, contribuindo assim para a continuidade dos cuidados dentro de uma unidade e também aquando a sua transferência. Os mesmos autores no trabalho “Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós cateterismo cardíaco: Contribuições de Orem” indicam o *Déficit* de autocuidado para a higiene e a Ansiedade como diagnósticos comuns no grupo de doentes estudados.

Com uma abrangência maior o estudo “Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia” Nunciaroni, Gallani, Agondi, Rodrigues e Castro (2012) determinaram que entre os diagnósticos mais comuns estão o Risco de angústia espiritual, *Déficit* no auto cuidado para o banho/higiene e no domínio da Atividade/ repouso os diagnósticos: Intolerância à atividade, Débito cardíaco diminuído e Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz, faço analogia à CIPE deste último domínio com o Risco de arritmia cujas intervenções versam sobre estas vertentes.

Os autores supracitados defendem que o reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes pode indicar a direção no que concerne à criação de protocolos específicos na prestação de cuidados e contribuir assim para o aperfeiçoamento da prática clínica. Na UTIC os cuidados são prestados de uma forma uniforme, mas a conjuntura atual que alia a escassez de recursos humanos à sobrecarga horária determina que o enfermeiro esteja na prestação direta de cuidados e falte tempo para dedicar às outras vertentes do trabalho de enfermagem.

Os planos de cuidados foram realizados de forma individualizada e de acordo com a evolução dos doentes. Foi usada a pesquisa bibliográfica que fundamentou os focos abordados no projeto de autoformação aliando aos diagnósticos mais comuns no serviço. Os

planos de cuidados basearam-se na história clínica e exame físico do doente, na consulta dos exames complementares de diagnóstico realizados e na relação com o doente e sua família.

Em retrospectiva os diagnósticos selecionados foram semelhantes aos preconizados pela evidência científica e aos que são comuns na UTIC. O Risco de arritmia é onipresente e é obrigatório o repouso do doente sendo incontornável a Capacidade comprometida para cuidar da higiene pessoal.

A presença de cateteres venosos periféricos e de algalias, assim como de patologias associadas nomeadamente infeções respiratórias, fizeram com que o planeamento dos cuidados fosse também direcionado para a prevenção e controle da infeção. Foram assim implementados diagnósticos menos frequentes na UTIC salientando que os procedimentos são realizados mas muitas vezes não registados, o que conduz à subvalorização do trabalho do enfermeiro.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são uma causa relevante do aumento do tempo de internamento, das sequelas, da morbilidade e da mortalidade. Como consequência há o aumento do consumo dos recursos hospitalares e da comunidade por complicações no tratamento dos doentes (Direção Geral de Saúde, 2007).

Essa é uma preocupação comum às instituições hospitalares nomeadamente ao HNM e especificamente à UTIC. Não obstante a dificuldade ocasionada pela falta de recursos humanos secundária ao momento de contenção orçamental imposto pela *troika* ao nosso país e consequentemente à RAM, é notório o esforço de toda a equipa para cumprir as *guedlines* no que concerne ao controlo da infeção.

Os procedimentos básicos como o planeamento da prestação de cuidados de modo a abordar primeiro os doentes sem infeção e o lavar as mãos segundo as normas em vigor, a existência de desinfetante junto a cada doente e distribuído em diversos pontos na unidade, o uso correto do material de proteção individual, a supervisão e orientação dos assistentes operacionais e das visitas no âmbito da prevenção da infeção são prática comum na UTIC.

Para a prevenção e controlo da infeção na UTIC contribuem diversos fatores particularmente o uso de farda fornecida diariamente pela instituição, o *stock* assegurado dos equipamentos de proteção individual, a existência de todo o material de monitorização/infusão e higiene individualizado, o balde de recolha de resíduos em cada unidade e a formação e empenho de toda a equipa. A separação de lixos, a limpeza diária das unidades dos doentes e a desinfecção cuidada das mesmas após a alta são outros dos procedimentos rotineiros.

Embora a prevenção da infecção esteja subjacente à prestação de cuidados em qualquer campo de atuação do enfermeiro a sobrecarga de trabalho no SU dificulta o uso adequado de equipamento de proteção individual. A experiência ao longo do estágio na UTIC incutiu a rotina e a prática no SU mudou contagiando lentamente os pares.

Não obstante todos os cuidados sabemos que é utópico um serviço de saúde sem microrganismos patogénicos. Embora a UTIC esteja vocacionada para o tratamento da patologia cardíaca as comorbilidades dos doentes trazem consigo infeções. Como exemplo foi admitida uma doente transplantada renal com dois internamentos na UCIP em 2016 por *sépsis*, com valores de PCR alterados aliados ao aumento dos MNC. Além das colheitas de amostras de sangue, urina e expectoração para culturas laboratoriais, houve que adotar medidas rigorosas para evitar a “infecção cruzada”.

Foram também prestados cuidados a uma doente com internamento anterior no serviço de medicina interna a quem foi realizada pesquisa de MRSA através de zaragatoa nasal, sendo o resultado positivo, implementaram-se medidas de isolamento e tratamento de acordo com a norma emitida pela Direção Geral de Saúde (2015).

A juntar a todos os procedimentos de prevenção e controle da infecção descritos anteriormente foi relevante o respeito dos princípios gerais e protocolares nas atuações mais invasivas como a colocação de *pacemaker* provisório na UTIC, nos cateterismos cardíacos e na colocação de *pacemaker* definitivo na hemodinâmica. Foi também contemplado o ensino às visitas no que respeita à necessidade da desinfecção das mãos e utilização correta dos equipamentos de proteção individual quando necessário.

Assim foi ganha competência na área de ***maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil adequadas***, sendo uma das ***Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica***.

Todos os doentes tinham família, na sua aceção tradicional ou num grupo mais restrito de amigos. A doença é um acontecimento que provoca *stress* no doente e na família, esta ao vivenciar a crise passa inicialmente por um desequilíbrio, provocando alterações ao seu funcionamento normal provocando um processo de reorganização familiar (Pereira, Santos, Silva, Marque & Rodrigues, 2013).

A dinâmica familiar pode também ser alterada secundariamente a um internamento dos seus membros numa unidade de cuidados intensivos pelo isolamento do paciente, por problemas financeiros e também pelo medo de perda da pessoa amada (Lopes 2011).

Nesta perspetiva Meleis (2000) defendeu que o papel dos enfermeiros consiste no entendimento do processo de transição e implementação de intervenções que ajudem efetivamente as pessoas, de modo a alcançarem estabilidade e sensação de bem-estar. A mesma Meleis (2007) abordou o conceito de transição em saúde como uma mudança que exige que as pessoas agreguem novos conhecimentos de modo a mudar comportamentos.

A família é fundamental na recuperação do doente quer pela sua presença e apoio, como sendo parceiros na adoção de estilos de vida saudáveis de modo a minimizar o impacto negativo de hábitos antigos na saúde. Como exemplo foram prestados cuidados a um doente acometido de EAM e cuja maior preocupação era o churrasco que havia prometido à família para esse dia. Em conversa percebeu-se que o excesso de gordura na alimentação era frequente e foi iniciado o ensino para adoção de alimentação saudável, sendo desde o início a esposa uma importante aliada na mudança de hábitos alimentares na família.

Não obstante a importância da presença da família no documento alusivo ao *Protocolo de infarto agudo do miocárdio sem supra desnível do segmento ST e angina instável* (Universidade Federal do Pará, 2008) defende-se que é função do enfermeiro proporcionar ambiente repousante e tranquilizante limitando o número e tempo de visitas e orientando os familiares para evitarem conversas excessivas e assuntos desagradáveis.

Desde a admissão do doente na UTIC que se inicia a preparação da alta hospitalar. Alguns doentes são idosos e necessitam de mais apoio no autocuidado aquando o regresso a casa. É frequente a preocupação familiar com o facto de o doente permanecer só quando os restantes membros saem para o trabalho, assim é direccionada precocemente para o assistente social de modo a garantir que terão o apoio necessário aquando a alta hospitalar.

No que concerne à informação sobre a doença e cuidados após a alta na UTIC, além do diálogo iniciado pelos enfermeiros aquando a prestação de cuidados é entregue um “Guia informativo” elaborado pelos mesmos e com a informação essencial para o doente.

A intervenção nesta área permitiu o ganho de competências na ***unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica: gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica.***

O ensino clínico proporcionou a pesquisa, a vivência e a análise de momentos específicos do cuidar do doente crítico no geral e com cardiopatia em particular. A realização de reflexões escritas, do relatório do projeto de autoformação e da avaliação oportunamente discutida em reunião com a enfermeira tutora e a professora coordenadora contribuíram para

agregar e formalizar o ganho de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

3. CONCLUSÃO

Para escrever esta conclusão foi necessário fazer uma retrospectiva que inicialmente estava destinada a parar no início do processo de realização deste relatório. A realidade é que esta é a fase final de todo o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, passaram 18 meses desde o início desta odisseia e este relatório foi o culminar de todo o processo visando a aquisição de competências com vista à prestação de cuidados com qualidade assentes na evidência científica e com o respeito pelos princípios éticos.

O regresso “aos bancos da escola”, a realização de trabalhos em grupo e suas apresentações, a interação com enfermeiros de realidades laborais distintas e com outras visões dos mesmos problemas ou com outros problemas de que tenho visão diferente. As aulas práticas, as visitas de estudo e as avaliações escritas. A preparação dos estágios. Tudo foi mobilizado de modo a aproveitar o melhor possível as oportunidades emergentes nos campos de estágio.

Ao realizar a contextualização teórica recordei o conceito do cuidar, a génese da enfermagem que se mantém ao longo dos tempos como a razão de ser da profissão embora em parceria com a evolução científica e tecnológica. Evolução essa que permite a prestação de cuidados às pessoa em situação crítica, outro dos conceitos abordados. O que conduziu à procura da explicação de como ser competente na prestação de cuidados ao doente crítico e de quais são as competências necessárias para cuidar desses doentes.

A Ordem dos Enfermeiros regulamentou essas competências nomeadamente as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. O processo de ganho das mesmas é facilmente decalcado das teorias de autores de referência como Le Boterf, quando este refere que é necessário ter conhecimento, mas é fundamental saber usá-lo no momento apropriado. A Ordem dos Enfermeiros também definiu competência como “os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.8).

Depois desta abordagem teórica foi realizada uma análise crítica e reflexiva sobre o desempenho no SU que já havia proporcionado a creditação do estágio nesta área. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é prática comum nos milhares de horas em que já estive destacada para as mais diversas áreas e situações no SU, sendo a variedade de casos inumeráveis e a mobilização de saberes e experiências diária. A prática em catástrofes foi real ao longo dos anos e fortalecida pela formação na área no final de 2016.

O processo de descrição dos estágios em cuidados intensivos e na opção foi distinto por incidir sobre ações planeadas e desenvolvidas numa perspetiva académica e direcionadas ao ganho específico de competências nas referidas áreas. Em ambos foi abordada a vertente da cardiopatia embora em perspetivas distintas, mas tendo em comum a pretensão do ganho de competências na prestação de cuidados ao doente em situação crítica e sua família.

Seguiu-se a realização da presente conclusão de modo a terminar o relatório de estágio e defender o ganho de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, simultaneamente ao ganho de competências inerentes ao Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tendo em conta os descritores da qualificação para a atribuição do grau de mestre e a realização deste relatório penso que foram abrangidos os requisitos para a obtenção do supra citado grau. Ao ganho de competências específicas e comuns de enfermeiro especialista está inerente o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos da formação anterior, a aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, a capacidade de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas desenvolvendo soluções incluindo a reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, a capacidade de comunicar os conhecimentos e raciocínios a especialistas e a não especialistas de uma forma clara e o desenvolvimento de competências na área da aprendizagem de uma forma autónoma.

Não obstante ter atingido o objetivo deparei-me com a dificuldade em selecionar as situações a documentar de modo a comprovar o ganho de competências. Além do descrito neste relatório subentendesse inúmeras situações de inegável valor entre prestação de cuidados, consulta de bibliografia, discussões e aperfeiçoamento de técnicas.

No que concerne à área de opção, a experiência da primeira abordagem ao doente com EAM deu-se no SU com a ativação da VVC e a preparação e transferência do doente para o SH no menor tempo possível. Isto para a maximizar o resultado do tratamento de reperfusão por cateterismo cardíaco conseguindo o máximo de reversão da isquémia do miocárdio possível.

No estágio de opção prestei cuidados aos doentes com EAM após cateterismo cardíaco com entrada pelo SU. Prestei também cuidados a doentes a aguardar a realização de cateterismos, fiz a preparação e acompanhei-os até ao SH e durante todos os procedimentos realizados ficando também na sala de recobro. Assisti a uma cirurgia de revascularização cardíaca ficando com a noção real da delicadeza da mesma e dos cuidados a ter no pós-

operatório. No estágio de cuidados intensivos direcionei a prestação de cuidados para os doentes com coronariopatia na pós-cirurgia o que possibilitou o ganho de competências nas áreas de despiste de alterações de ritmo cardíaco e na leitura de valores analíticos conjugando com a gestão da terapêutica.

As práticas em diferentes contextos da prestação de cuidados proporcionaram o desenvolvimento pessoal e profissional. Motivaram o crescimento da necessidade intrínseca de procura do conhecimento científico no qual basear a prática e ofereceram a capacidade de aperfeiçoar o pensamento crítico e a mobilização dos conhecimentos. Proporcionaram assim a oportunidade de aprimorar a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica e à sua família, de uma forma holística e promovendo a transição para uma situação mais favorável.

Paralelamente consegui a visão global de todo o processo de tratamento e recuperação do doente com EAM, ficando assente que a identificação precoce destes doentes feita através da primeira abordagem pelo enfermeiro especialista permitirá um tratamento em tempo útil contribuindo para a diminuição da morbilidade e de mortalidade.

De modo a conseguir a melhoria da qualidade dos cuidados procurarei discutir com o chefe do serviço alternativas para o encaminhamento do doente com suspeita de EAM após a realização do ECG, tendo o assunto já sido abordado mas estando também dependente da disponibilidade para discussão por parte da equipa médica da cardiologia. Este aspeto será alvo de atenção persistente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2013). ACLS: suporte avançado de vida: emergência em cardiologia. (4ª ed.). (B. T. Fontoura, Trad.). Rio de Janeiro: Elsevier. (Tradução do original inglês ACLS: study guide.).
- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Lisboa: Autor. Consultado a 12 de Dezembro de 2016. Disponível em https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf.
- Almirall, J., Liapikou, A., Ferrer, M. & Torres, A. (2012). Lower airway infection. In H. K. F. Saene, L. S. M. A. Cal & A. Gullo (Eds.). *Infection control in the intensive care unit* (pp. 219-232). London: Springer.
- Arcêncio, L., Souza, M. D., Bortolin, B. S., Fernandes, A. C. M., Rodrigues, A. J. & Evora, P. R. B. (2008). Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23, 400-410. Consultado a 24 de abril de 2016. Scielo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276382008000300019
- Azeredo, T. R. M. & Oliveira, L. M. N. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, (108), 44-54.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original inglês From novice to expert, 2001, S.I., Pearson Education).
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M. Williamson, D. & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 9-19. Consultado a 24 de abril de 2016. Disponível em [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(12\)00074-2/pdf](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(12)00074-2/pdf).

- Braga, R. (2013). A relação terapêutica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29 (3), 146-147. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Scielo. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000300001&lng=pt&tlng=pt.
- Brodie, B. R. & Mann, T. (2006). Intervención coronária percutánea. In M. S. Rurge & E. M. Ohman. *Cardiologia de Netter* (103-111). Barcelona: Elsevier España.
- Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos*. (Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto). Consultada em Repositório UP.
- Cardoso, T. (2016). Causas de AVC no jovem adulto. *Jornal da Madeira*, II (437), 12.
- Carrageta, M. O. (2010). *Como ter um coração saudável*. Lisboa: Ancora Editora.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.
- Chianca, T. C. M. (2006). Falhas de enfermagem no pós-operatório imediato de pacientes cirúrgicos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 14(6). Consultado a 20 de abril de 2016. Scielo. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a08.pdf.
- Collière, M. F. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. (M. L. B. Abecasis, Trad.). Lisboa: Lidel. (Tradução do original francês *Promouvoir la vie*, Paris, Inter Editions).
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar: a primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. F. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original francês *Soigner: le premier art de la vie*, 2001, Paris, Masson).
- Cunha, M. (2000). Actuação do enfermeiro no transporte do doente Politraumatizado. *Sinais Vitais*, (33), 42-47.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 19, 139-156. Consultado a 20 de abril de 2016. Disponível em

http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf.

Direção Geral de Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Autor. Consultado a 24 de abril de 2016. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>.

Direção Geral de Saúde. (2014). *Portugal: doenças cérebro-cardiovasculares em números: 2014*. Lisboa: Autor. Consultado a 2 de setembro de 2016. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014.aspx>.

Direção Geral de Saúde. (2016). *Portugal: doenças cérebro-cardiovasculares em números: 2015*. Lisboa: Autor. Consultado a 17 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>.

Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C. L., ... Cotev, S. (2003). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Quality and Safety in Health Care*. 12, 143–148. Consultado a 20 de abril de 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743697/pdf/v012p00143.pdf>.

Duarte, S. C. M., Conceição, M. A., Mesquita, M. G. R. & Silva, M. M. (2012). O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16 (4), 657-665. Consultado a 20 de abril de 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400003.

Falcão, G. (2011). *Substituição Percutânea da Válvula Aórtica (TAVI) em Doentes com Estenose Aórtica: Revisão Bibliográfica e análise da Casuística do CHVNG*. (Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã). Consultada em uBibliorum.

- Flaatten, H. & Hevroy, O. (1999). Errors in the intensive care unit (ICU): experiences with an anonymous registration. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 43, 614-617 Consultado em 20 de abril de 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Hans_Flaatten/publication/12890263_Errors_in_the_intensive_care_unit_ICU/links/5741942e08aea45ee8497c45.pdf.
- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de administração contemporânea*, 5, 183-196 Consultado a 11 de janeiro de 2017. Scielo. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.
- Frias, A., Godinho, C., Silva, S. & Nunes, I. (2013) O doente crítico: quais as necessidades dos familiares. In *I Jornadas de Enfermagem da Urgência do HJJF Unidade Local De Saúde Do Baixo Alentejo*, 19-20 Abril 2013, Auditório NERBE/AEBAL, Beja. Consultado a 3 de janeiro de 2017. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/8641>.
- Frias, A., Santos, S. & Amaro, B. (2013). Comunicação enfermeiro-família-doente crítico. In *I Jornadas de Enfermagem da Urgência do HJJF Unidade Local De Saúde Do Baixo Alentejo*, 19-20 Abril 2013, Auditório NERBE/AEBAL, Beja. Consultado a 3 de janeiro de 2017. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/8640>.
- Hahn, C. E. B. (2011). *Índice de respiração rápida e superficial como preditor de sucesso de extubação da ventilação mecânica invasiva: avaliação em uma população geral de pacientes críticos e subdivididos em diferentes comorbidades*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Consultada em LUME-UFRGS.
- Hart, P. L., Spiva, L., Baio, P., Huff, B., Whitfield, D., Law, T., & Mendoza, I. G. (2014). Medical-surgical nurses' perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events. *Journal of clinical nursing*, 23(19-20), 2769-2778. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393472>.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. (M. M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original francês

La qualité du soin infirmier: penser et agir dans une perspective soignante, 1998, S.I., Masson Éditeur).

Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(2), 44-42, DOI: 10.1016/j.pmn.2006.02.003.

Hoekstra, B. E., Reis, E. S. S., Ribeiro, B. & Costa, M. A. C. (2014). Doença de Takotsubo (Síndrome do Coração Partido): uma Doença Subdiagnosticada?. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 27 (5), 327-332. Consultado a 10 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.rbconline.org.br/artigo/doenca-de-takotsubo-sindrome-do-coracao-partido-uma-doenca-subdiagnosticada/>.

Serviço de Saúde da RAM. (2016). Disponível em <https://www.sesaram.pt/>.

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas da saúde: 2014*. Lisboa: Autor. Consultado a 16 de janeiro de 2017. Disponível em https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES_pub_boui=257402707&PUBLICACOESmodo=2.

Khamiees, M., Raju P., DeGirolamo A., Amoateng-Adjepong Y. & Manthous C. A. (2001). Predictors of extubation outcome in patients who have successfully completed a spontaneous breathing trial. *Chest*, 120 (4), 1262-1270. Consultado a 14 de fevereiro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11591570>.

Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d'organisations.

Le Boterf, G. (2005). Construir as competências individuais e coletivas: resposta a 80 questões. (M. D. Garrido, Trad.). Porto: Edições ASA. (Tradução do original francês Construir eles compétences individuelles et collectives, 2004, Paris: Éditions D'Organisation).

- Lima, E. S. (2011). *O diretor e as avaliações praticadas na escola*. (Tese de doutoramento, Universidade de Brasília, Brasília). Consultado em Repositório UB.
- Lima, L. R., Pereira, S. V. M., Chianca, T. C. M. (2006). Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós cateterismo cardíaco: Contribuições de Orem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 285-90. Consultado a 20 de setembro de 2016. Scielo. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/reben/v59n3/a07v59n3.pdf>.
- Lipman, B. & Cascio, T. (2001). *ECG: avaliação e interpretação*. (A. R. Albuquerque, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês ECG: assessment and interpretation, 1994, Philadelphia, F. A. Davis Company).
- Lopes, H. (2011) Normotermia no doente neurocrítico. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18(3), 77. Consultado a 2 de maio de 2016. Disponível em http://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_18_03.pdf.
- Manley, K. & Bellman, L. (2003). *Enfermagem cirúrgica: prática avançada* (J. M. Cunha, L. Branco, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês Surgical nursing: advancing practice, 2000).
- Marmo, L. & Fowler, S. (2010). Pain assessment tool in the critically ill post-open heart surgery patient population. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 11(3), 134-140, DOI: 10.1016/j.pmn.2009.05.007.
- Marques, S. C. L., Correia, C. I. S. & Teixeira, R. A. J. (2006). A relação de ajuda como essência dos cuidados de enfermagem. *Revista Servir*, 54 (2), 69-72.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Vol 23(1), 12-28. Consultado em 3 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Melo, A. C. M. R. F. P. (1998). A competência do enfermeiro no cuidar o idoso. *Servir*, 46(5), 242-247.
- Melo, D. T. P., Costa, F. F., Sundim, M. & Hajjar, L. A. (2010). *Pós-operatório de cirurgia cardíaca*. Consultado a 21 abril de 2016. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3417/pos_operatorio_de_cirurgia_cardiaca.htm.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. S.l.: Editorial Novembro.
- Meneguín, S., Alegre, P. & Luppi, C. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27 (2), 115-9. Consultado a 24 de abril de 2016. Scielo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000200005&script=sci_abstract&tlng=es.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F. & Green, C. J. (2007). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trad.). (8º ed.). (Vol 1). Loures: Lusodidata. (Tradução do original inglês Medical-cirurgical nursing: health and illness perspectives, 8th ed., 2007).
- Morais, C. M. F. (2004). Perspetivas das competências. *Nursing*, 188, 23-24.
- Neves, A., Gomes, V., Moreira, A. P., Paisana, A. M. Luzio P. & Silva, B. (2000). Transporte de doentes em estado crítico. *Nursing*, 144, 37-40.
- Newby, D. & Grubb, N. (2005). *Cardiologia*. Alges: Euromedice.
- Nóbrega, S. & Brito, D. (2012). Miocardiopatia Takotsubo: estado da arte. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31 (9), 589-596. Consultado a 10 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255112001515/S300/>.
- Novo, S. M. F., Galvão, A. M., Rodrigues, S. (2014). Relação de ajuda e intervenção psicoterapêutica no serviço de urgência. In 2º Congresso Internacional “Novos

Olhares na Saúde”, 06 e 07 de junho de 2014. Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. Chaves. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9779/3/rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20ajuda.pdf>.

Nunciaroni, A. T., Gallani, M. C. B. J., Agondi, R. F., Rodrigues, R. C. M. & Castro, L. T. (2012). Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33 (1), 32-41. Consultado a 7 de setembro de 2016. Disponível em <http://unicamp.sibi.usp.br/handle/SBURI/28065>.

Nunes, F. M., Meira P. M., Martins A. J., Carvalho I., Saraiva M. Silva P. N. ... Ribeiro G. E. (2009). *Manual de trauma*. 5ª ed. Loures. Lusociência.

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.

Oliveira, A. P., Paula, A. O., Lacerda, A. C. S., Andrade, F. S. & Iquiapaza, R. A. (2014). Infecciones hospitalarias en servicio de emergencia y una unidad de cuidados intensivos: similitudes y diferencias. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 16(1), 125-131. Consultado a 20 de dezembro 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20154>. DOI: 10.5216/ree.v16i1.20154.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Consultado a 13 de janeiro de 2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Autor. Consultado a 26 de janeiro de 2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa:

Autor. Consultado a 20 abril de 2016. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Pedreira, L., Santos, I., Farias, M., Sampaio, E., Barros, C. & Coelho, A. (2014).

Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico.

Revista de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 22(4), 533-9.

Consultado a 20 de Dezembro de 2016. Disponível em

<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a16.pdf>.

Pereira, R. A., Santos, E. B., Silva, J. R., Marque, S. & Rodrigues, R.A.P. (2013).

Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Revista da*

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 47(1), 185-92. Consultado

a 5 de dezembro de 2016. Scielo. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1.pdf>.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (10 nov. 2014).

Regulamento n.º 506/2014: Regulamento de Creditação de Formação e Experiência

Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. *Diário da*

República n.º 217, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho n.º 10319/2014:. *Diário da*

República, n.º153, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - Norma n.º 018/2014. 2014-12-

09. Prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus*

Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de

Cuidados Continuados Integrados. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde - Norma n.º 001/2017. 2017-2-

8. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acessível na DGS,

Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e Segurança Social (23 jul. 2009). Portaria n.º

782/2009: Regulação do Quadro Nacional de Qualificações e definição dos

descritores dos níveis de qualificação nacionais, a aplicar ao ensino básico,

secundário e superior, formação profissional e aos processos de reconhecimento de competências obtidas no âmbito do Sistema Nacional de Qualificações. *Diário da República n.º 141, I Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 de fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 35, II Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 35, II Série.*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros - Parecer n.º 87/2012. (23 mai. 2014). Acompanhamento de utentes para realização de exames ou transferências. Acessível na OE, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (22 abr. 2015). Regulamento n.º 188/2015: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário da República n.º 78, II Série.*

Queirós, A. A., Silva, L. C. C. & Santos, E. M. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Rodrigues, C. D. A., Oliveira, R. A. R. A., Soares, S. M. T. P., Figueredo, L. C., Araújo, S., ... Dragosavac, D. (2010). Lesão pulmonar e ventilação mecânica em cirurgia cardíaca: revisão. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 22 (4), 375-383. Consultado a 18 de janeiro de 2017. Scielo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000400011.

Rua, M. S. (2011). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociencia.

Ruedell, L. M., Beck, C. L. C., Silva, R. M., Lisboa, R. L., Prochnow, A. & Prestes, F. C. (2010). Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*,

15(1), 147-152. Consultado a 24 de abril de 2016 Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17186>.

Salvador, P. & Fernández-Colina, J. (2009). *Manual de Técnicos de Transporte Sanitario*. (3ª ed.). Madrid: Arán Ediciones.

Santos, N. M. M. (2013). *Tempo de demora intra-hospitalar das síndromes coronárias agudas*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu). Consultada em Repositório ESEFC.

Serviço Regional de Saúde. (2010). *Manual de procedimento*. 2007. Doente submetido a cateterismo cardíaco. Serviço de Cardiologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Portugal.

Serviço Regional de Saúde. (2010). *Manual de procedimento*. 2008. Doente submetido a ecotransesofágico. Serviço de Cardiologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Portugal.

Serviço Regional de Saúde. (2009). *Manual do serviço de urgência*. 2007. Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Portugal.

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (4ª ed.) (L. C. Leal, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês Emergency nursing: principles and practice, 1992, New York: Mosby).

Silva, A. R. & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: Formasau.

Silva, R. C., Alvarez, R. F., Barros, I. A., Santos, D. R., Farias, S. V., Duarte, M. G., ... Martinez, B. P. (2012). Falha de extubação orotraqueal após sucesso no teste de respiração espontânea. *Assobrafir Ciência*. 3, 31-42. Consultado a 20 de Abril de 2016 em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/10611/11933>.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2004). *III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio*. Consultado a 18 de outubro de 2016. Scielo. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v83s4/a01v83s4.pdf>.

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de doentes críticos: recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Tapen, R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem. Conceitos e prática*. (4ª ed.). (A. H. Martins, F. Martins, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês Nursing leadership and management, 2001, Philadelphia: F. A. Davis Company).
- Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Consultada em Repositório ESEFC.
- Torrati, F. G. & Dantas, R. A. S. (2012). Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 340-345. Consultado a 24 de abril de 2016. Scielo. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300004.
- Universidade Federal do Pará. (2008). *Protocolo de infarto do miocárdio sem supradisnível do segmento ST e angina instável*. Consultado a 1 de outubro de 2016. Disponível em [http://www.hc.ufpr.br/sites/default/files/Prot_IAMSSST\[1\].pdf](http://www.hc.ufpr.br/sites/default/files/Prot_IAMSSST[1].pdf).
- Urden, L. D, Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. (5ª ed.) (L. Abecasis, F. A. Silva, T. Leal, Trad.). Loures: Lusodidata. (Tradução do original em inglês Thelan's critical care nursing: diagnosis and management, 2006, New York: Elsevier Inc.
- Valentin, A. & Ferdinand, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37, 1575, DOI: 10.1007/s00134-011-2300-7.
- Vital, C., Bento, C. & Duque, H. (2010). Ventilação não invasiva e invasiva. In A. R. Silva & M. J. Lage (Coord.). *Enfermagem em cuidados intensivos* (pp. 60-98). Coimbra: Formasau.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original inglês Human science and human care: a theory of nursing, 1999, S.l., Jones and Bartlet publishers).